RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES & CLINIQUES

SUR LE

TRAITEMENT PALLIATIF

DES

CORPS FIBREUX

PAR L'ÉLECTRICITÉ, L'ERGOTINE, L'HYDRASTIS CANADENSIS
LE CURETTAGE, LES INJECTIONS D'EAU CHAUDE PROLONGÉES
INTRA-UTÉRINES ET VAGINALES ET LE MASSAGE DE L'UTÉRUS

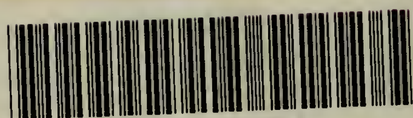
PAR

Eugène LECOMTE

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15

1890


22101637083

RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES & CLINIQUES

SUR LE

TRAITEMENT PALLIATIF

DES

CORPS FIBREUX

PAR L'ÉLECTRICITÉ, L'ERGOTINE, L'HYDRASTIS CANADENSIS
LE CURETTAGE, LES INJECTIONS D'EAU CHAUDE PROLONGÉES
INTRA-UTÉRINES ET VAGINALES ET LE MASSAGE DE L'UTÉRUS

PAR

Eugène LECOMTE

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1890

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A MA MÈRE,

Hommage de profonde reconnaissance.

A MES PARENTS,

Et en particulier

A MON ONCLE Victor DABLIN

ET A MON COUSIN J. BARBIER,

En reconnaissance de leur bienveillante sollicitude dans le cours de mes études.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PANAS,

Professeur de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu,
Chirurgien des hôpitaux.
Officier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Aug. VOISIN,

Médecin de l'hôpital de la Salpêtrière.
Chevalier de la Légion d'honneur,

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. GAUCHER,

Médecin des hôpitaux.

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

PREMIÈRE PARTIE

Introduction.

Comme le titre de notre thèse l'indique, nous laissons complètement de côté l'opération de Battey, non que nous blâmions cette opération qui a donné de si brillants résultats dans les mains d'un grand nombre d'opérateurs, mais tout simplement parce que nous avons voulu négliger d'une façon systématique toutes les méthodes nécessitant une opération, sanglante. Nous nous plaçons dans le cas où l'hystéromyotomie étant impossible, soit parce que la tumeur est inopérable, soit et plus souvent parce que la malade refuse énergiquement toute opération, force est nécessairement au médecin de se contenter d'un traitement palliatif. D'ailleurs, sans nier les grands services qu'ont rendu à beaucoup de malades l'hystéromyotomie et qu'on peut résumer de la façon suivante, suppression complète et rapide du myome, le praticien ne se hasarde plus guère à tenter l'ablation de la tumeur que pour des raisons très graves, il recourt plus volontiers aux méthodes palliatives parce que les cas de mortalité causés par l'intervention sanglante sont véritablement effrayants. Aussi si l'hystéromyome est tolérable, si la patiente arrive malgré la

présence de la tumeur à vivre tant bien que mal, on comprend que malade et médecin hésitent à courir des chances aussi risquées. Spencer Wells, l'ovariotomiste célèbre que l'on ne peut certes pas accuser de pusillanimite, s'est déclaré partisan des méthodes palliatives principalement de l'électrolyse du docteur Apostoli. Thomas Keith, le gynécologue bien connu d'Edimbourg, s'exprime de la façon suivante sur l'intervention sanglante : « Je dois déclarer ici de propos délibéré que l'hystérectomie abdominale est une opération qui a fait plus de mal que de bien et que sa mortalité est hors de toute proportion avec les bénéfices qu'en retirent un petit nombre de malades. Quelle est en effet la mortalité moyenne pour tous les chirurgiens de cette opération que l'on pratique maintenant si souvent et si inutilement. Nous ne le connaîtrons jamais, mais j'estime qu'elle est au moins de 25 0/0 et elle doit même être beaucoup plus élevée. Si je me trompe, que mes contradicteurs me le prouvent en donnant comme moi leur statistique intégrale. Ainsi donc une femme sur quatre opérées d'hystérectomie meurt du fait de l'ablation d'une tumeur qui rarement abrège par elle-même l'existence et qui a un processus assez limité. Mais je déclare que nous n'avons pas le droit de faire courir à une malade un péril aussi grave comme on le fait tous les jours, et il est triste de voir qu'on jette dans la chirurgie abdominale par dessus bord toute responsabilité. » Playfair, ébranlé par des exemples venus de si haut, pense que la méthode électrique

ayant mérité l'approbation de Spencer Wells et de Keith, doit attirer l'attention de tous les praticiens; il a expérimenté le traitement palliatif et reconnaît qu'il existe encore bien des points obscurs, mais néanmoins dans beaucoup de cas on ne saurait nier que les résultats ont été excellents. Cette sage reserve également éloignée d'un enthousiasme exagéré et d'un dénigrement excessif devrait bien être imitée par tous les observateurs. Pourquoi tel fibrome reste-t-il presque latent ou même passe complètement inaperçu, pendant que tel autre empoisonne ou même compromet gravement la vie des malades? Pourquoi cet hystéromyome cède-t-il facilement à n'importe quel traitement, pendant que celui-ci semble devoir résister à toutes les méthodes?

Pourquoi cette tumeur se développe-t-elle lentement pendant que celle-là prend de jour en jour un accroissement plus notable? Ce sont là des questions d'une importance capitale et auxquelles cependant on n'a pas trouvé de réponse jusqu'ici, et cela pour une raison bien simple, c'est que l'on ignore complètement la pathogénie et les conditions de développement des tumeurs. On a essayé cependant de chercher quelques indices propres à faire prévoir si tel ou tel traitement à des chances de réussite. Les myomes interstitiels semblent plus favorables aux différentes méthodes palliatives que les fibromes sous-péritonéaux, principalement quand ces derniers sont munis d'un long pédicule; les kystomyomes dont l'accroissement et le volume sont si remarquables ne sem-

blent guère devoir être guéris autrement que par l'intervention sanglante. Quant à la consistance de la tumeur, il règne sur ce sujet des idées contradictoires; mais on sait que plus une tumeur est grosse plus elle résiste aux traitements palliatifs. Tout cela ne repose à vrai dire que sur des approximations, mais elles paraissent assez près de la vérité pour être utiles aux praticiens, malgré les quelques exceptions que l'on a pu constater de temps à autre. Il nous semble donc qu'à l'heure actuelle on n'a pas le droit d'être exclusif et qu'il faut au contraire être éclectique. Cet éclectisme est même forcé, car le plus souvent on ne sait point d'avance si le myome auquel on a affaire sera accessible à telle ou telle autre méthode de traitement. Nous croyons donc qu'on fera bien d'essayer des moyens tels que l'électricité, les injections d'eau chaude, le massage, l'hydrastis, etc. Si la tumeur résiste si les accidents qu'elle détermine continuent à se faire cruellement sentir, alors il ne faut pas hésiter et appeler un chirurgien suffisamment familiarisé avec la chirurgie abdominale. Celle-ci fait tous les jours d'énormes progrès. On opère plus rapidement, plus sûrement, les hémorragies sont arrêtées à coup sûr grâce au perfectionnement de l'arsenal chirurgical. Nul doute que dans un avenir qui n'est pas lointain, l'hystéro-myotomie ne mérite plus les critiques sévères de Keith, et devienne par conséquent beaucoup plus acceptable. Nous remercions M. de Ternéry de son bienveillant concours ; il nous a communiqué un

travail encore inédit sur le traitement palliatif des corps fibreux, et il a bien voulu nous faire part des notes qu'il avait recueillies dans les périodiques étrangers.

M. Pozzi, ce gynecologue éminent, dont le mérite n'a plus besoin de louange, et M. le docteur Chérou, nous ont aussi été très utile dans la rédaction de cette thèse par leur enseignement.

Traitement électrique.

Le premier qui paraît avoir employé d'une façon systématique l'électricité dans le traitement des corps fibreux, semble être Cuttler. Il guérit, paraît-il, complètement, une femme atteinte d'un corps fibreux de l'utérus, les hémorragies disparurent très rapidement.

En 1873, Brown publia un cas semblable ; l'année suivante, Kinshall enrichit la science de quatre cas nouveaux, et, Thomas Gaillard fit, sur ce sujet, une communication intéressante à la Société de gynéologie de New-York. Le docteur Semelender, qui avait assisté aux tentatives de Cuttler, fit part, aussi, à cette époque, des remarques qu'il avait faites. Cuttler se servait d'une batterie de dix à douze éléments d'une pile de Callaud (zinc et cuivre) ; il faisait pénétrer directement les aiguilles à travers l'abdomen jusque dans la tumeur. Les séances duraient cinq, dix ou quinze minutes. Tantôt il y en avait une par jour, tantôt seulement une par semaine ; elles étaient

même quelquefois plus espacées. Au début, Cuttler ne recourait pas à la narcose, mais, bientôt, la violence des douleurs pendant le passage du courant, força d'endormir les malades. Sur trente-six cas ainsi traités, on obtint vingt-trois fois une diminution notable de la tumeur et un apaisement très marqué des symptômes morbides produits par cette dernière.

Peu après, Cuttler publia la relation de cinquante-huit cas, empruntés à sa pratique personnelle ou à celle de Culmann Kinshall, amélioration notable dans trente-deux cas. Dans une observation on nota, cependant, la formation d'un abcès qui resta fistuleux et il y eut quatre décès.

Omboni, dans un article paru dans la *Gazette médicale italienne*, dit qu'il a retiré de bons effets de la méthode de Cuttler. Semelender modifia bientôt celle-ci de la façon suivante : Il enfonça l'une des aiguilles dans le ventre, comme Cuttler, et l'autre à travers le vagin ou le rectum ; les séances étaient de quinze minutes tous les sept ou huit jours. Sur cinquante cas traités par lui, il obtint trente-cinq améliorations.

Everet imagina aussi un dispositif nouveau, il appliqua le pole négatif contre l'une des symphyses sacro-iliaques, et l'autre contre le fond de l'utérus.

En 1879, Aimé Martin publia treize cas de fibromyome, traités par l'électricité. Une des électrodes était constituée par une sorte d'olive métallique qu'on poussait dans le col de l'utérus, tandis que l'autre était appliquée sur le ventre au devant de la tumeur;

dans cinq cas, diminution notable de la tumeur; dans quatre cas, on n'obtint aucun résultat appréciable.

En 1879, Chéron publia sa méthode, elle est très ingénieuse, nous l'avons vu appliquer un grand nombre de fois à la clinique de la rue de Savoie. M. de Tornery, qui a vu beaucoup de malades traités par le procédé de Chéron, nous a affirmé que les résultats étaient satisfaisants, du moins au point de vue symptomatique, car il croit qu'au point de vue de la diminution de la tumeur, les effets obtenus sont moins rapides et moins profonds qu'avec la méthode inaugurée par le docteur Apostoli. Il est juste d'ajouter, nous a-t-il dit, que M. le docteur Chéron, employant des courants beaucoup moins forts que le docteur Apostoli, n'est point exposé à commettre les accidents que l'on a reprochés à ce dernier. Le point de départ du docteur Chéron est tout autre que celui du docteur Apostoli. Il essaya d'abord, en 1868, des courants continus. Il plaçait, comme on le fait ordinairement, un pole sur le col utérin et, l'autre pole sur l'abdomen. Il se servait d'un courant fourni par vingt-deux éléments d'une pile de Remack ; la séance était quotidienne et durait neuf minutes en moyenne. Il traita ainsi quatre cas de fibromes qu'il suivit avec le plus grand soin ; non seulement il n'observa aucune diminution des tumeurs, mais il y eut plutôt augmentation des métrorrhagies. Du reste, comme il l'explique dans l'article qu'il fit paraître dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1879, ce résultat défa-

vorable ne le surprit pas. En effet, les expériences d'Onimus et Legros, ainsi que celles de plusieurs autres physiologistes, ont démontré que le courant continu augmente la circulation de la région sur laquelle on l'applique. M. Chéron tenta alors de se rabattre sur les courants faradiques ; mais bientôt il remarqua que les courants faradiques étaient trop douloureux et, par là, difficiles à supporter ; aussi, vit-il bientôt qu'il fallait espacer les intermittences ; celles-ci étaient produites par un régulateur automatique. La pile était composée de vingt à soixante couples au bioxyde de manganèse et, si elle était économique, elle se trouvait, par contre, difficile à transporter ; aussi l'a-t-il remplacée, à l'heure actuelle, par le type Leclanché. C'est Gaiffe qui construit ses appareils, ils nous ont paru très pratiques. Voici leurs dispositifs principaux : Un collecteur double permet d'utiliser successivement les couples pour répartir également l'usure. Le même collecteur permet de changer graduellement la direction du courant sans choc et sans déplacement des excitateurs, la manette du collecteur qui se trouve sur le chiffre le plus faible étant toujours négative par rapport à l'autre. Il y a, en outre, un renverseur du courant agissant par le simple glissement d'un levier.

M. Chéron a reconnu très vite la nécessité d'un galvanomètre qui, seul, permet d'évaluer mathématiquement la quantité de force électrique employée. L'appareil de M. Chéron se compose encore d'un rhéostat gradué et d'un métronome. Le rhéostat gradué,

interposé entre la source d'électricité et le métronome, est une véritable caisse de résistance formée par des bobines que l'on peut, à volonté, faire traverser ou non par le courant, qui atténue la puissance des couples et empêche la production d'une étincelle de rupture au contact du régulateur d'interruption, lorquo'n fait fonctionner à la fois un certain nombre d'éléments. Le rhéostat est gradué de 1 à 2.000 ohms; quelques tours supprimés à un écran permettent d'employer ces différentes résistances fournies par les bobines et inscrites en face de chaque écran, dont le rôle est de supprimer ou de permettre le passage du courant à travers les bobines pendant qu'il établit ou non le contact.

Le métronome n'offre rien de bien particulier. Il se compose d'un mouvement d'horlogerie qui actionne un balancier horizontal terminé, à chacune de ses extrémités, par une pointe métallique. Ces pointes plongent alternativement dans une petite cuve à mercure. Un des fils conducteurs de la pile aboutit à un balancier, reprend ensuite au fond de la cuve à mercure, de sorte que, lorsque les électrodes sont en place, l'une, la *positive*, est dans le col de l'utérus, l'autre, la *négative*, qui doit être à large surface et formée d'une substance bonne conductrice, sur l'abdomen. Le contact de la pointe métallique avec le mercure ferme et établit le courant. Comme ce contact n'a lieu qu'à chaque mouvement du balancier, le passage du courant est intermittent et instantané.

En ayant soin de régler l'instrument de façon à ce

que la pointe ne fasse qu'effleurer le mercure, on obtient un choc d'une brièveté extrême et dont la durée est, pour ainsi dire, inappréciable. On peut, avec ce métronome, avoir des interruptions de toute durée. Il suffit de régler convenablement le balancier. Elle est, en général, d'une seconde.

La durée d'interruption est naturellement égale à celle de la reprise du courant.

Disons maintenant comment nous avons toujours vu appliquer l'appareil chez les malades de la clinique de la rue de Savoie.

L'électrode positive, contrairement à la méthode d'Apostoli, est celle qu'on choisit d'ordinaire pour pénétrer dans le col de l'utérus. Chéron évite, en général, l'introduction dans la cavité utérine elle-même. Si la pénétration dans le col n'est pas possible parce que celui-ci est trop étroit, dévié, on place l'électrode positive dans le cul-de-sac postérieur. Voici la forme de cette électrode. Elle consiste en une sonde métallique en cuivre ou en platine, garnie d'un corps isolant, excepté à ses extrèmités, dont l'une, celle qui est destinée à être introduite dans le col ou dans le cul-de-sac postérieur, est renflée en forme de cylindre plein. Cette extrémité est recouverte d'un linge fin ou de coton absorbant, afin d'atténuer l'action chimique qui se produirait au contact du cuivre sur la muqueuse. On évite ainsi toute influence fâcheuse sur cette dernière, ce que l'on cherche, puisque le but de M. le docteur Chéron n'est point du tout de provoquer une électrolyse de la cavité

utérine. On doit avoir soin de plonger dans l'eau chaude cette extrémité interne d'électrode pour faciliter le passage du courant. Par son autre extrémité, l'électrode est reliée au courant positif.

Sur la paroi abdominale antérieure est généralement placée l'électrode négative qui repose au devant de la tumeur. On lui donne une large surface pour éviter la sensation de brûlure et elle est formée d'une substance bonne conductrice. On peut employer, à cet effet, une plaque de plomb ou d'étain flexible, perforée de trous à égale distance les uns des autres, recouverte d'une couche d'amadou et d'une peau de daim ou de chamois. Cette électrode doit être également plongée dans-l'eau chaude pour faciliter le passage de l'électricité.

M. le docteur Chéron explique de la manière suivante les résultats qu'il obtient avec son appareil. Il place le pôle positif et non le pôle négatif dans l'utérus, parce qu'il ne songe pas du tout à produire une électrolyse chimique, électrolyse qui constitue le fond de la méthode d'Apostoli. S'il y a des modifications chimiques, et c'est certain (eschare dure du pôle positif), il ne les recherche pas, il tend, au contraire, à les éviter; ce qu'il veut produire, c'est une série de secousses capables d'anémier complètement, pendant un temps donné, la cavité du petit bassin et de compromettre ainsi la nutrition de la tumeur. Il a été guidé aussi dans ce choix par un autre motif. Suivant lui et Onimus, le courant descendant, celui qui va du pôle positif au pôle négatif, congestionne

beaucoup plus que le courant ascendant. Puis, avec le courant ascendant, la petite étincelle et la sensation de brûlure qui se produit au moment de la rupture du courant, s'établit au niveau de la peau de l'abdomen. Elle est ainsi plus supportable que si elle avait lieu au niveau de la matrice elle-même. L'intensité du courant est variable de 25 à 60 milliampères, bien plus faible, par conséquent, que celle des courants employés par Apostoli. Les intensités faibles sont employées au début du traitement et on augmente progressivement ensuite la force du courant. Le nombre des séances est variable suivant la rapidité des effets que l'on veut atteindre, les exigences de la vie sociale, la tolérance pour le courant. M. le docteur Chéron a remarqué, comme l'ont fait du reste beaucoup d'électriciens, que les séances ne doivent pas être trop fréquentes ni trop espacées. Trois fois par semaine et même moins est un chiffre bien suffisant au début. La durée des séances est courte, surtout au début. Au lieu de la prolonger une demiheure, comme Benedict, il lui consacre seulement de 5 à 10 minutes.

Quels sont maintenant les avantages et les points faibles de cette méthode. Nous avons obtenu de M. de Tornery qu'il voulût bien nous communiquer le passage de son travail ayant trait à ce sujet : « La méthode de Chéron est excellente chez un grand nombre de myomes utérins parce qu'elle atténue dès les premières séances, la plupart des phénomènes fâcheux ; les hémorragies notamment

et les douleurs sont très rapidement supprimées, mais l'intensité du courant est souvent trop faible pour agir puissamment sur la vitalité de la tumeur, sauf quand cette dernière est de bonne composition. On obtient cependant à la longue, dans un très grand nombre de cas sinon dans tous, une atténuation dans le volume du fibrome, *mais pour voir ce phénomène se produire il faut souvent attendre deux ou trois ans de traitement* ; la diminution de la tumeur s'explique très bien, comme l'a vu Chéron, par le resserrement des vaisseaux du néoplasme effectué par le passage du courant électrique.

Le choix systématique du pôle positif prive probablement la méthode du docteur Chéron d'une action chimique puissante sur les cellules qui constituent le myome. Il ne faut pas oublier d'autre part que l'électrolyse, en permettant l'élimination d'une muqueuse que l'on sait maintenant atteinte le plus souvent d'endométrite fongueuse rend de grands services.

En résumé, la méthode du docteur Chéron reste excellente chez beaucoup de malades atteints de myomes de volume moyen et pas trop nuisibles à la santé générale ; dans le cas contraire, il faut recourir à la méthode du docteur Apostoli qui, si elle est plus dangereuse jouit par contre d'une efficacité beaucoup plus grande. On ne saurait trop louer, du reste, le docteur Chéron d'avoir trouvé plusieurs années avant le docteur Apostoli un traitement palliatif des corps fibreux à l'abri de la plupart des accidents, et

doué d'un pouvoir réel que peuvent attester les nombreux malades qui ont trouvé, grâce à lui, un soulagement bien réel de maux dont elles souffraient. »

En 1879, la même année où parut l'article du docteur Chéron dans la *Gazette des Hôpitaux*, Leblond communiqua au Congrès d'Amsterdam les heureux résultats qu'il avait obtenus par le traitement électrique.

Pégoud en 1881, relata dans sa thèse inaugurale les résultats qu'avait produits le traitement électrique dans la cure des fibro-myomes de l'utérus ; les effets furent presque nuls, mais nous ferons remarquer que l'intensité des courants était beaucoup trop faible et que de plus l'absence d'interruptions rythmées privait la méthode d'un grand nombre d'avantages que possède le procédé indiqué par M. le docteur Chéron.

C'est en 1882 qu'Apostoli publia ses premières recherches. Les améliorations introduites par lui dans le traitement électrique des corps fibreux étaient dès ce moment évidentes. L'emploi systématique du galvanomètre permettait d'apprécier mathématiquement la force du courant. Ce galvanomètre construit par Gaiffe, sur les indications du docteur Apostoli, marque jusqu'à 250 milliampères. L'usage de courants bien plus forts que ceux préconisés par ses prédécesseurs, promettait cette fois d'agir sérieusement et rapidement sur la vitalité des hystéro-myomes. D'autre part, ces courants si puissants ne produisent pas de brûlure au niveau de la peau

parce que l'électrode positive est constituée par une large couche d'argile plastique humidifiée de façon à conduire parfaitement l'électricité. La surface occupée par l'électrode positive est assez vaste pour éviter toute sensation désagréable. Enfin, M. le docteur Apostoli a établi entre l'action des deux pôles une distinction que nous croyons d'une importance capitale.

Si l'on veut obtenir surtout des effets chimiques, il faut employer le pôle négatif. Si l'on désire principalement une décongestion de l'utérus, il faut recourir au pôle positif. Apostoli emploie surtout le pôle négatif au niveau de l'utérus, parcequ'il a remarqué qu'on diminue beaucoup plus rapidement la tumeur qu'en plaçant au niveau de la matrice le pôle positif, mais il fait observer qu'au début, du moins, on augmente ainsi les métrorrhagies et les flueurs blanches, à cause de l'influence irritante sur la muqueuse utérine. Nous avons vu plus haut que la cautérisation de la surface interne de l'utérus est utile en ce qu'elle détruit la fongosité, source la plus habituelle d'hémorragie dans le corps fibreux. Ce qui a été le plus discuté dans la méthode du docteur Apostoli, c'est la galvano-poncture électrique. Lorsque l'électrode négative ne peut pas pénétrer pour une raison ou une autre dans l'intérieur de l'utérus, le docteur Apostoli enfonce à travers le vagin, dans la tumeur, une aiguille qu'il relie ensuite au courant négatif. On a reproché à cette manœuvre de déterminer l'éclosion de périmétrite, de péritonite; cependant M. de Tor-

néry, qui a assisté à un grand nombre de séances électriques, à la clinique du docteur Apostoli, et qui a interrogé un grand nombre de malades à ce sujet, nous affirme n'avoir pu relever cont e cette pratique qu'un bien petit nombre d'accidents. Ces accidents, le docteur Apostoli les évite le plus souvent. à l'heure actuelle, en enfonçant l'aiguille tout près de l'utérus, ce qui empèche la perforation des organes voisins, en ne faisant pénétrer l'aiguille que superficiellement et surtout en pratiquant une antisepsie très rigoureuse. En outre des perfectionnements que nous venons de décrire, le docteur Apostoli a eu le très grand mérite de défendre avec un zèle admirable ses idées devant les médecins et les chirurgiens des hôpitaux de Paris, devant les Congrès scientifiques, notamment celui de Copenhague, et l'assemblée des médecins britanniques de 1886. Sans se laisser décourager par les obstacles, il a si bien lutté qu'il a conquis à ses doctrines des gynécologues de la valeur de Spencer-Wells, Keith, etc.

M. le docteur Apostoli a fait, à propos de sa méthode, une remarque importante. Il faut délaisser les courants forts, et recourir aux courants faibles dans dans le cas d'hystérie aiguë, d'entérite glaireuse et de péritonite sub aiguë. Il a fait ressortir aussi que l'on n'obtient pas une diminution complète de la tumeur, celle-ci persiste toujours plus ou moins mais à l'état de masse graisseuse. Dans ces derniers temps, pour rendre la cautérisation de la muqueuse utérine plus régulière, M. le docteur Apostoli injecte dans la

cavité de la matrice une substance conduisant parfaitement bien l'électricité, la gélosite stérilisée par une température de 180°.

Voici comment il a répondu aux objections opposées à sa méthode, dans la thèse d'un de ses élèves, le docteur Cazin.

« Le traitement que je propose parce qu'il est nouveau et parce qu'il est hardi, devra nécessairement soulever autour de lui plusieurs objections plus ou moins spécieuses. Je vais successivement faire le procès de chacune d'elles, en les formulant d'une façon catégorique par anticipation. Ce sera un moyen supplémentaire de jeter encore de la lumière sur cette question. Pour donner plus de clarté à mon argumentation, je vais donner à chaque objection possible une forme aphoristique qui recevra sa réponse immédiate.

1e Le traitement intra-utérin est toujours dangereux.

Cette objection, la plus capitale de toutes, est le reflet de nos mœurs gynécologiques contemporaines et surtout françaises. Toute notre thérapeutique a été jusqu'à ce jour en grande partie extérieure et dirigée sur le col ; le corps a été presque toujours respecté. On a craint de l'enflammer et la péritonite s'est dressée devant l'esprit avec toutes ses conséquences funestes.

Il faut reconnaître que les tentatives qu'on a faites d'injections liquides intra-utérines, ont été suivies de quelques revers et que leur résultat n'était nullement

encourageant. On a embrassé, par suite, dans une même proscription toute médication intérieure, mais combien ma thérapeutique est différente de celle-là. Autant celle des injections liquides est brutale et aveugle, surprenant l'utérus en le cautérisant, et produisant sur lui un choc plus ou moins profond qui peut avoir une réaction locale et périphérique plus ou moins vive ; autant les galvano-caustiques chimiques ont une action lente et progressive, localisée et dosée, mettant cinq à dix minutes au gré de l'opérateur pour produire leur effet caustique complet. Et, d'ailleurs, plus de mille séances de galvano-caustique chimique ont été faites dans l'espace de deux ans sans accident qui leur soit directement imputable ; ne sont-elles pas un éloquent plaidoyer qui se passe de commentaires. A côté des dangers présumés de la cautérisation, personnels et immédiats, se placent ceux qui pourraient frapper un utérus gravide. Le fait m'est arrivé une fois par erreur et cette expérience a porté ses fruits en m'invitant à plus de circonspection encore.

Aussi ne saurait-on s'entourer de trop de précautions dont les principales sont les suivantes. Commencer l'intervention autant que possible après une menstruation. Défendre toutes relations conjugales, pratiquer l'examen le plus sérieux, et le plus circonstancié, le renouveler à quelques jours de distance.

Il faudra se garder d'attacher trop d'importance aux sensations douloureuses du début, qui sont d'au-

tant plus vivss que nous avons affaire à un sujet plus sensible, où chez lequel l'utérus sera avoisiné par une inflammation soit périphérique, soit intestinale. Il ne faudra pas trop s'alarmer, car l'acclimatation demande quelquefois plusieurs séances, tandis que que chez le plus grand nombre elle se fait d'emblée. Il faudra savoir attendre et se garder de porter un jugement précipité ou prématuré qui compromette la méthode en y faisant renoncer.

Le danger le plus sérieux qu'on pourrait signaler serait celui dont l'hystérométrie serait responsable. De ce côté, en effet, tout est possible et c'est une arme à double tranchant où le mal peut cotoyer le bien . Cela est vrai, mais un raisonnement identique peut être formulé à l'égard de toutes les opérations délicates de la chirurgie, est-ce une raison pour paralyser nos efforts ? Assurément non, mais bien plutôt un motif de plus pour n'aborder la pratique gynécologique qu'après mûr examen et exercice préparatoire de longue durée. On arrivera ainsi à n'avoir plus d'appréhension et à ne pas redouter un danger qui n'est possible qu'entre des mains inexercées. Le danger des cautérisations profondes capables de transpercer l'utérus, n'est pas mieux fondé, il faudrait pour cela exercer une pression considérable sur l'instrument au lieu de le tenir délicatement comme c'est obligatoire. L'hystéromètre, une fois engagé, doit en effet rester en place et l'opérateur doit même le laisser en liberté s'il le sent suffisamment soutenu par l'utérus et la vulve,

sinon il le soutiendra, mais seulement pour l'empêcher de sortir.

2º L'opération présente trop de difficulté d'exécution. Ceci s'adresse entièrement à l'hystérométrie, c'est-à-dire à l'introduction de la sonde (comme je viens de le dire). Sans vouloir nier cette difficulté, je répondrai qu'elle forme le prélude obligatoire à toute pratique gynécologique, le diagnostic précède toujours le traitement et l'hystérométrie en sont les facteurs essentiels et obligatoires. Quant à la technique proprement dite, elle est tout ce qu'il y a de plus facile à comprendre et à pratiquer.

3º Tout utérus non perméable contre-indique l'opération.

C'est au contraire une circonstance qui commande l'intervention parce qu'elle est souvent la cause d'accidents multiples de dysménorhée, c'est alors qu'une galvano-caustique négative ou une galvano-puncture négative s'impose pour restituer au canal son calibre normal.

4º La rétractilité des cicatrices est une contre-indication à l'emploi des galvano-caustiques positives ? Ceci est l'objection scientifique parce qu'elle a pour elle d'abord toute ressemblance et puis parce qu'elle m'a été adressée par mon maître M. Tripier, qui a toute compétence pour juger ces questions de galvano-caustique, qu'il a créées en grande partie. Aussi toute mes malades, cautérisées positivement, ont été l'objet de mon attention la plus scrupuleuse et la plus constante. Eh bien, je puis l'affirmer, les craintes

que j'avais encore l'an passé et dont mon pli cacheté à l'Académie portait le reflet, se sont entièrement évanouies.

Un seul cas sur plus de 150 malades traitées positivement, avec un chiffre d'opérations qui dépasse quelquefois trente pour chacune d'elles, m'a exigé une galvanoc-austique négative, réparatrice, mais l'atrésie n'était pas complète et elle existait déjà en partie au début avant les positives. L'hystérométrie est restée possible sur tous mes utérus en traitement, avec une perméabilité suffisante, pour que la sonde pût se mouvoir assez librement. J'ai été du reste assez heureux pour pouvoir montrer ces faits au docteur Tripier, qui a pu lui-même constater, sur plusieurs malades de ma clinique, combien ses craintes étaient au moins prématurées. Au surplus, aurait-il raison contre une masse de faits patiemment observés, que cet accident lui-même de l'opération, si accident il pouvait y avoir, serait justiciabl e,comme je viens de le dire précédemment, d'une contre-opération, c'est-à-dire, d'une galvano-caustique négative, pour corriger ce qu'auraient pu produire les posîsives et restituer l'état antérieur. Quant à donner de ces faits la raison théorique, j'en réserve l'explication pour un temps rapproché, désirant encore contrôler expérimentalement sur les animaux ce que la clinique m'a appris.

5º L'opératiou est une cause de stérilité ultérieure. Cette vue toute théorique pourrait prendre les proportion d'une objection sérieuse si l'avenir la légiti-

mait ; mon expérience n'est pas assez longue pour que je puisse dès aujourd'hui, par des faits cliniques, justifier de ce côté complètement le traitement qui, j'en ai la conviction, n'entraîne pas cet accident. Du reste, comme la moyenne de l'âge des femmes atteintes de fibrome est de trente-cinq ans, je crois que même dans ce cas l'opération ne serait pas contre-indiquée si la marche de la maladie présentait un caractère sérieux.

6° J'arrive à l'objection la plus sérieuse de toutes. Vous avez opéré trop de femmes dans un bref délai (deux ans) me dira-t-on, pour qu'il n'y ait pas eu souvent erreür de diagnostic et pour que l'opérateur ne se soit pas adressé bien souvent à d'autres affections que des fibromes.

Je serais enchanté que cette objection fut justifiée, parce qu'une erreur involontaire m'aurait ouvert d'autres horizons et m'aurait montré par la voie empirique, comme cela arrive souvent en thérapeutique, que les galvano-caustiques peuvent s'adresser avec succès à d'autres états pathologiques de l'utérus, mais il n'en est pas ainsi. J'examine trop complètemet les femmes, et à plusieurs reprises, pour qu'une erreur soit possible. Les doigts exercés à l'aide de l'hysteromètre sont avec l'habitude, ce me semble, des juges suffisants.

Pour clore enfin cette série d'objections, on ajoutera peut-être : votre opération est inefficace. Je n'ai qu'un mot à lui opposer.

Les faits que j'apporte parlent trop haut par leur

nombre et par leur qualité. Ils sont trop authentiques, ayant été observé par un très grand nombre de médecins et d'étudiants qui fréquentent ma clinique pour que je n'aie pas, à bref délai, des imitateurs qui viendront bientôt, je l'espere, apporter une nouvelle pierre à cet édifice et l'asseoir définitivement. »

Les résultats remarquables obtenus par le docteur Apostoli ont suscité, tant en France qu'à l'étranger, toute une série de travaux dont nous allons faire l'énumération :

Piccinini a vu après 43 séances un très gros fibromyome de l'utérus, qu'il avait traité d'après la méthode du docteur Apostoli, disparaître presque complètement. Les symptômes morbides déterminés par cette tumeur furent attenués dès la première séance.

Martin a communiqué au Congrès international de Washington un rapport sur la méthode du docteur Apostoli. Suivant lui, les principaux mérites de cette méthode sont l'absence de danger et de douleur. Les hémorragies se suppriment très vite.

Francklin A Martin remplace l'électrode positive en terre glaise par une électrode de son invention. Il fit construire une boîte métallique fermée, par une peau d'animal et refermant dans son intérieur une solution saline. On applique la peau sur la paroi abdominale en avant de la tumeur ; il n'a pas eu de douleur avec cette électrode, même en employant des courants d'une force de 180 milliampères.

Il adopte, comme Apostoli, l'électro-puncture galva-

nique de la tumeur ainsi que la distinction de l'action des deux pôles.

Les contre-indications aux courants forts sont les mêmes que celles d'Apostoli, c'est-à-dire l'existence d'une entérite glaireuse, d'une hystérie aiguë, d'une péritonite subaiguë.

Les séances sont de huit minutes, il a remarqué que les hémorragies disparaissaient au bout de quatre séances.

Martei, qui a expérimenté aussi la nouvelle méthode électrique, est d'un avis assez semblable, il se montre partisan des courants de 100 milliampères et plus. Dans cinq cas, amélioration notable et plus. Dans cinq cas, amélioration notable et diminution de la tumeur au bout de vingt-trois à soixante-cinq séances. Dans cinq autres cas, il n'a obtenu qu'une amélioration des phénomènes malades.

Skene Keith rapporta six cas en 1887, où la méthode du docteur Apostoli permit d'obtenir des résultats magnifiques. Des néoplasmes qui remplissaient tout le bassin se rapetissaient bientôt au volume d'un ovaire, mais les hystéromyomes durs diminuaient plus rapidement de volume que ceux de consistance molle. Il y avait en moyenne quinze à vingt séances avec un courant d'une force de 100 à 200 milliampères.

Woodham W. Webhs, traita trois cas de fibromes par le procédé nouveau : il eut trois succès éclatants. Le nombre des séances varia de quinze à trente-huit ; leur durée est de cinq à dix minutes.

Le traitement se prolongea de douze à dix-huit mois.

Thomas Savage est venu se rendre compte sur place, à Paris, de la valeur de la méthode du docteur Apostoli. Il a suivi, à la clinique même de ce médecin, douze cas d'hystéromyomes traités par les courants continus à haute tension. Il remarqua que dès les premières séances, les principaux symptômes morbides, tels que l'hémorragie, se trouvaient améliorés. On employait le pôle positif contre les hémorragies, l'endométrite et la subinvolution. Chaque séance durait huit minutes et ne déterminait aucune douleur. Dans les cas où l'hystéromètre ne pouvait pénétrer, on pratiquait l'acapuncture. Celle-ci était toujours faite dans des conditions d'antisepsie parfaites. Les courants étaient d'une force de 100 à 200 milliampères. Sans être aussi satisfaisante et aussi rapide que la cessation des phénomènes symptomatiques, la diminution de la tumeur était évidente au bout de quinze à vingt séances.

M. Lévy publia, vers la même époque, l'observation de trois gros fibromes traités d'après la méthode du docteur Apostoli. Voici les résultats obtenus : Dans un cas, une tumeur de 41 pouces 1/2 de circonférence, tomba à 34 pouces après onze séances. Dans un autre cas, après huit séances, le néoplasme tomba de 41 à 35 pouces. Dans le troisième et dernier cas, la tumeur arriva de 35 à 31 pouces au bout de quatre séances. Les phénomènes symptomatiques se trouvèrent très rapidement améliorés.

Delétang fit paraître en 1888, dans, la *Semaine médicale*, un article important sur le traitement des corps fibreux de l'utérus, par les courants continus à haute tension. Il traite par ce procédé 97 fibromes et obtient les effets suivants. Sur 1100 séances on n'eut à déplorer qu'un seul accident inflammatoire, qui du reste n'eut pas de suite fâcheuse. Il a observé parfois rétention du canal cervical, mais qui cédait facilement à la dilatation. Aussi admet-il que l'électrolyse est sans danger avec un courant de 100 milliampères et des séances d'une durée de 5 minutes environ. Delétang n'a pas employé l'électro-puncture galvanique, mais il faut remarquer qu'il n'a eu à traiter que des fibromes interstitiels.

Les séances sont espacées tous les cinq à six jours. L'électrolyse augmente d'abord les hémorragies puis les supprime. La tumeur diminue mais seulement à la longue.

Martin a relaté l'histoire clinique de quinze cas de fibro-myomes utérins, traités comme dans les cas précédents, les résultats ont été satisfaisants sauf pour un hystéromyome sous-péritonéale et longuement pédiculé. Dans cinq cas il y a eu diminution évidente et assez rapide de la tumeur, dans quatre cas il y eut amélioration seulement des phénomènes symptomatiques, le restant des malades ne retira que peu de bénéfice des courants continus à haute tension.

James Sterton a eu recours à la méthode d'Apostoli, chez 40 femmes atteintes de corps fibreux de la

matrice. Dans 10 cas, il obtint un succès éclatant ; aussi est-il d'avis que le traitement des hystéromyomes par les courants continus à haute tension, doit tenir désormais une place honorable dans la thérapeutique, mais tous les faits ne sont pas également favorables loin de là. Aussi faut-il les soumettre à une critique sévère. Il employait des courants de 200 milliampères ; et chaque séance durait plusieurs heures.

Bénédict trouve que les résultats obtenus par la méthode Apostoli, sont si favorables qu'il est tout indiqué d'en essayer tout d'abord avant de recourir à une intervention sanglante, celle-ci pouvant compromettre les jours de la malade.

Il remplace la terre glaise par un linge trempé dans l'eau chaude. Il n'a jamais eu de brûlure cutanée, même avec de très forts courants et des séances prolongées.

Si le procédé d'Apostoli ne suffit pas, il fait comme Cuttler, c'est-à-dire qu'il enfonce à travers la paroi abdominale deux aiguilles dans la tumeur. Les hémorragies sont rapidement supprimées, la tumeur diminue aussi assez vite de volume, chaque séance dure en moyenne une demi-heure.

Munde a fait comme Thomas Savage, c'est-à-dire qu'il est venu à Paris se rendre compte sur place des résultats fournis par la méthode du docteur Apostoli. Il a suivi une dizaine de cas avec beaucoup d'attention et a constaté, au bout de quelques séances, une amélioration très marquée dans l'état général, mais

par contre, peu de diminution dans le volume de la tumeur. En tout cas, le procédé du docteur Apostoli mérite, suivant lui, d'être employé d'abord parce qu'il fait disparaître les phénomènes symptomatiques de la tumeur et ensuite parce qu'il semble enrayer d'une façon efficace la marche du néoplasme.

Engelmann a communiqué, le 13 avril 1888, à la Société gynécologique de Berlin, un rapport sur la méthode du docteur Apostoli dans le traitement des hystéromyomes et il conclut en recommandant le nouveau procédé parce qu'il fait disparaître un grand nombre de symptômes qui, auparavant, indiquaient la nécessité d'une intervention sanglante. Les résultats négatifs, et ils sont en certain nombre, ne sauraient diminuer la valeur des faits positifs ; il entrave le développement des fibromes, amoindrit ou même supprime les phénomènes morbides qui en dépendent et permet aussi de recourir moins souvent à l'hystéromyotomie.

Keith, dont nous avons déjà parlé à l'introduction de cette thèse, après avoir mis en regard les résultats fournis par l'intervention sanglante, s'est prononcé, comme nous l'avons dit plus haut, franchement pour la méthode du docteur Apostoli. Pendant cinq mois, son fils et lui ont appliqué le courant électrique à forte tension à plus de cent malades, dont un grand nombre étaient atteints de corps fibreux. Pas d'accidents notables dans le cours de plus de douze cents séances. Les phénomènes dus aux corps fibreux disparaissent et la malade peut reprendre une vie normale.

Playfair a retiré de bons effets de la méthode du docteur Apostoli, aussi s'occupe-t-il peu de savoir comment ces résultats sont obtenus et s'il s'agit, oui ou non, d'une action chimique.

Il employa les courants continus dans dix-huit cas graves et n'eut a constater d'insuccès que chez une seule de ses malades.

Aucun autre procédé ne lui a donné jusqu'ici des effets aussi rapides et aussi durable. Une patiente dont les hémorragies avaient résisté à tous les traitements fut complètement guérie par l'électricité; la diminution de la tumeur est moins satisfaisante, enfin il tient la galvano-puncture pour dangereuse.

Steavenson pense que l'action de l'électrolyse a lieu non seulement là où est appliqué le pôle positif mais s'étend au loin dans l'intérieur de l'hystéro-myome, malheureusement cette action chimique est encore fort mal connue à cause de la résistance variable des tissus. Elle reposerait non sur la décomposition de l'eau des cellules en oxygène et en hydrogène mais bien dans une perturbation dans les échanges osmatiques. Il a vu la tumeur diminuer dans presque tous les cas où il a employé la méthode du docteur Apostoli.

Chomolgoroff, dans un travail très remarquable sur la méthode du docteur Apostoli, nous apprend que dans 110 séances il n'a pas eu à regretter le moindre accident. Il est vrai de dire qu'il a pratiqué une antisepsie rigoureuse chez toutes ses malades. Il a constaté, comme le docteur Apostoli, que

l'action du pôle négatif ramène au début les hémorragies puis plus tard les supprime. Si la diminution de la tumeur se fait souvent assez longtemps attendre et même quelquefois manque absolument, les phénomènes symptomatiques de l'hystéromyome sont par contre rapidement et profondément améliorés.

D'autres auteurs tels que Zurschel, Martin, Rapin de Genève se sont trop notablement éloignés des procédés usités à l'heure actuelle pour que les résultats obtenus par eux soient comparables. Malgré les bons effets qu'ils ont tiré du traitement électrique, il nous semble que les courants continus employés par eux sont beaucoup trop faibles. Ceux-ci, suivant nous, ne sont utilisables que lorsqu'on se sert, comme le docteur Cheron, des intermittences rythmées.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Cutler. — Congrès des médecins Américains, tenus à Chicago, 1871.

Brown. — Medical and surgical report Philadelphia, 1873.

Kymbal. — Boston medical and surgical journal, 1874, n° 15.

Gaillard Thomas. — Société gynécologique de New-York, 1876.

Semelender. — Traitement électrique des fibromyomes de l'utérus, Wiener Medicinische. Presse, 1876.

Ephraïm Cutler. — Traitement électrique des corps fibreux de l'utérus. The London medical Record. 1878, août 1875.

Omboni. — Contribution au traitement électrolytique des tumeurs du col de l'utérus. Gazette médicale italienne, 1877.

Semelender. — The American Journal of the medical Sciences, 1878.

Everet. — Gazette obstétricale, 1878.

Aimé Martin. — Annales de Gynécologie, 1879.

Cheron. — Gazette des Hôpitaux, 1879.

Leblond. — Congrès d'Amsterdam et annales de gynécologie, 1879.

Pégoud. — Thèse de Paris, 1881, n° 219.

Carlet. — Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus. Paris, 1884.

Apostoli. — Traitement des corps fibreux de l'utérus, Gazette des Hôpitaux, 26 octobre 1886, nos 121 et 125.

Apostoli. — Electrical treatment of uterine fibroidwith Annexes to objections and citations of novelties. the medical records, septembre 1888.

Piccinini (Ceste). — Fibro myome Annali diobstetricia, 1885, septembre-octobre.

Martin. — Chicago American Journal of obstetric. Octobre, 1886, page 1066.

Franklin A. Martin. — L'électrolyse dans le traitement des corps fibreux de l'utérus. Journal of the American medical association, 15 jannary, 1887, p. 78.

Martei. — Ceutralblatt fur gynecologie, 1888, n° 36, p. 885.

Skene Keith. -- Edimbourg. Traitement par l'électricité des corps fibreux de l'utérus. Edimbourg Medical Journal february, 1888.

Woodham. — W. Vebb. Tumeur fibreuse de l'utérus Canadian medical record. International journal of the medical Sciences, 1888, février.

Thomas Savage. — (Birmingham) l'électrolyse en gynécologie. The Lancet 23 july, 1888, p. 158.

W. Tyvy. — Remarques sur trois cas de corps fibreux de l'utérus traités par la méthode d'Apostoli Britisch medical Journal, 30 juin 1888.

Deletang. — Du traitement des fibromes utérins par l'electrolyse intra-uterine. Semaine médicale, 28 novembre 1888.

Martin. — 75 cas de corps fibreux de l'utérus traités par l'électricité. Journal of the American Association, 26 mai 1888, p. 660.

James Staton. (Glascow). — Rapport sur 40 cas de corps fibreux traités par la méthode du docteur Apostoli.

Benedict (Karl). — Traitement électrique des corps fibreux. Berliner Klinische Wœhenschriff, 1888, n° 30.

Munde. — De l'electricité, traduction du docteur Menières. Paris, 1888, p. 65 et suivantes.

Engelman (Louis). — Zectschrift fur geburtshullte und gynecologie, vol. XV, 1re partie, p. 198.

Thomas Keith. — Concours médical, 1888, n° 1.

W. S. Playfair (Londres). — Remarques sur le traitement électrique en gynécologie. Lancet, 1888, july, p. 103.

W. E. Steavenson. — L'électrolyse des corps fibreux. Buteole Medical Journal, mai 1888.

Zweifel. — Traitement électrique des corps fibreux. Centralblatt fur gynécologie, 1884, n° 50.

Bayer. — Importance de l'électricité en obstétrique et en gynécologie Zeitschrift fur geburtshülfe und gynecologie, vol. II, 1re partie.

Franklin Martin. — L'électolyse en gynécologie. Journal of the American Médical association, 1886, juillet 17, p. 61 et juillet 29, p. 85.

Broese. — Zeitschrift fur gynecologie, vol. XV, 1re partie, p. 208.

Rapin. — Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de la matrice, 1888, août, n° 8.

Bergesio (Turin). — Electrothérapie, Gazette medicale italienne, 1888, n° 1.

Freémann. — Electrolyse dans le traitement des corps fibreux de l'utérus. New-York Medical Journal, 7 mars, p. 262.

A. Victoria Scott (Philadelphie). — Traitement des corps fibreux par l'électricité. American Journal of obstetric, mars 1888, p. 270.

Chomolgorof. — Traitement des corps fibreux de l'utérus par le courant galvanique. Zeitschrift fur geburtschulle und gynécologie, vol. XVII, 1889, 1re partie, p. 187.

DEUXIÈME PARTIE

Traitement par l'ergotine.

Plusieurs auteurs se sont occupés, avant Hildebrandt, de l'action de l'ergotine sur les corps fibreux, mais c'est Hildebrandt qui a obtenu jusqu'ici les meilleurs résultats. Hildebrandt a eu d'ailleurs le mérite d'employer l'ergotine d'une façon systématique et d'en noter les effets avec beaucoup de soin. Suivant lui, l'ergotine fait contracter les vaisseaux et les parois vasculaires de l'utérus, et de cette action, depuis longtemps connus du reste, il en conclut que l'hystéromyome doit se trouver fortement anémié ; or, les entraves portées à la nutrition du néoplasme amènent la dégénérescence graisseuse, puis la résorption du fibromyome. Il établit ensuite d'une façon subtile les cas qui lui paraissent devoir être amendés par l'usage de l'ergotine et ceux qui ne lui paraissent pas devoir en retirer un effet utile. Dans la première catégorie il place les tumeurs récentes, molles, interstitielles,

capables de se contracter; dans la seconde, les hystéromyomes vieux, durs et sous-séreux. Sur les 25 cas traités par l'ergotine, qui ont été publiés par Hildebrandt, il a constaté dans cinq cas une disparition complète de la tumeur, dans quinze cas une diminution de volume et la suppression des phénomènes symptomatiques et aucun effet utile dans quatre cas seulement. Il a relaté plus tard quinze cas nouveaux tirés soit de sa pratique personnelle, soit de celle de plusieurs de ses confrères Il y a eu cinq fois disparition complète de la tumeur et neuf fois simple diminution de volume avec amélioration notable des phénomènes symptomatiques. Deux fois il n'y eut aucun résultat appréciable.

Un autre auteur, Jaeger, a publié vingt cas empruntés à Chroback, Kugelsdorf, Hennig, Spiegelberg, Keating, Scanzoni, Burow, et douze cas privés de la pratique de Martin. Dans les vingt premiers cas, il y eut 45 0/0 de guérison totale, ou du moins amélioration notable, et pas d'effet utile chez les autres malades. Dans les cas observés par Martin, les insuccès sont montés au chiffre considérable de 80 0/0.

Au contraire, Fehling a constaté presque toujours une diminution notable dans le volume des fibromes ou tout au moins une amélioration sensible des troubles morbides qu'ils déterminent.

C'est une amélioration, mais non une guérison complète qu'a observée Winkel dans les cas d'hystéromyome qu'il a traités par l'ergotine.

Dans la discussion qui eut lieu à la Société gynécologique de Berlin le 25 mars 1873, sur les resultats fournis par l'ergotine dans le traitement des hystéromyomes, Schenck, Engel, Lohlein et Martin ont communiqué des cas défavorables à la méthode de Hildebrandt.

Byford a obtenu sur 61 cas d'hystéromyomes traités par l'ergotine, dix-huit fois une guérison complète, vingt fois une diminution assez marquée de la tumeur et dans le reste des cas sauf chez douze malades une atténuation marquée des symptômes morbides. Emmett s'appuyant sur les cas qu'il a pu observer, se montre entièrement défavorable à l'emploi de l'ergotine.

Cependant de nouveaux succès publiés par Schweninger, Gussel, Munster, Schorler démontrent que l'on ne saurait condamner, dans tous les cas, la méthode de Hildebrandt et que celle ci peut rendre, à l'occasion, des services signalés. Ici encore, comme pour le traitement électrique, il s'agit de distinguer entre les différents hystéromyomes. Certains cèdent rapidement à l'action de l'ergotine, d'autres, tout en ne diminuant pas de volume, deviennent en quelque sorte inoffensifs, puisque les symptômes morbides qu'ils produisaient disparaissent. Enfin, et trop souvent malheureusement pour la méthode d'Hildebrandt, les fibromes utérins peuvent poursuivre leur marche sans être influencés en rien par l'usage de l'ergotine. La plupart des gynécologues actuels ont abandonné ce médicament dans le traitement pallia-

tif des corps fibreux de la matrice, parce qu'ils le trouvént impuissant chez beaucoup de leurs malades.

D'ailleurs, on a reproché à l'ergotine quand elle était administrée en injection hypodermique, de déterminer fréquemment des troubles locaux graves tels que des phlegmons. On se débarrasserait probablement de ces accidents fâcheux si l'on enfonçait, comme l'a recommandé Lucas-Championnière, l'aiguille de la seringue de Pravaz à une profondeur suffisante et surtout si l'on employait toujours les précautions antiseptiques les plus rigoureuses. On a dit aussi que l'ergotine administrée à l'intérieur abîmait l'estomac, c'est là une constatation fâcheuse qui, malheureusement, semble vraie chez un grand nombre de malades ainsi que M. de Tornery nous l'a fait remarquer; c'est une des raison dans son travail sur les différents traitements des corps fibreux, il recommande de préférence l'hydrastis qui a l'avantage d'être un puissant stomachique. Quant aux accidents gangréneux et autres attribués à des spasmes vasculaires, s'ils existent, ils sont assez rares. On comprend néanmoins que leur venue possible doive préoccuper le praticien. L'ergotine présente sur les traitements palliatifs des hystéromyomes par l'électricité, par les irrigations d'eau chaude, le râclage, le massage etc., l'avantage d'un maniement facile, commode et qui rentre plus dans les habitudes des malades. Le médicament n'a qu'à être administré comme n'importe quelle autre drogue, pas de manœuvre souvent déli-

cale, pas de précaution à prendre de la part des patients. On ne peut pas nier qu'à ce point de vue il n'offre une ressource précieuse aux praticiens inexpérimentés.

TROISIÈME PARTIE

Traitement palliatif par l'hydrastis canadensis.

Si l'hydrastis canadensis n'est pas ce qu'on est convenu d'appeler un médicament nouveau, puisque depuis longtemps en Pensylvanie on l'employait comme stomachique dans les digestions difficiles, l'introduction de ce médicament en Europe (et on peut dire la même chose pour son admission dans la gynécologie) est de date toute récente. Heitzmann et Schatz ont été ses premiers promoteurs, ses parrains pour ainsi dire. Schatz est comme on le sait un opérateur fort distingué, aussi le *Médical Progrès*, avril 1887, s'exprime ainsi à propos de la communication qu'il fit au Congrès des savants allemands à Fribourg en 1883 : « Les louanges décernées par un opérateur comme le professeur Schatz, qui a au moins dix fois pratiqué l'hystérotomie, constituent pour le médicament dont il se fait le défenseur une haute recommandation. » Nous croyons devoir donner quelques renseignements sur le médicament encore peu connu en France.

L'hydrastis canadensis, racine d'or, sceau d'or, golden seal, kellow root, Ruccoon, indian dye, est une renonculacée dont la zone de croissance est très étendue puisqu'elle se retrouve depuis le Canada jusqu'à l'état de Tennessée. Mais elle n'existe que dans l'Amérique du Nord. Elle se rencontre principalement sur les pentes des monts Alleghanys. Certains botanistes en font une anémone, d'autres une hellébore, Spach range l'hydrastis, dans les actuariées. Cette plante possède une véritable hampe florale terminée par une seule fleur ; celle-ci d'un bleu pâle est petite, régulière et hermaphrodite. Les feuilles sont au nombre de deux, le plus souvent altérées et palmatilobées ; le fruit rouge rappelle un peu la framboise et est composé d'un nombre variable de baies réunies par la tête. Dans ces baies se sont empalées les graines lisses et colorées. La seule partie de la plante employée jusqu'ici est le rhizome composé de tubercules épais, charnus, d'un jaune foncé en dedans, couverts d'une peau brune, fort odorants. Leur saveur est très amère, leur suc jaunâtre n'est point vénéneux. L'analyse chimique a extrait de l'infusion aqueuse froide d'hydrastis, deux alcaloïdes, la berbérine et l'hydrastine que l'on emploie parfois directement en thérapeutique, mais la préparation la plus usitée en pharmacie est l'extrait fluide d'hydrastis canadensis, à la dose de quinze à vingt gouttes quatre fois par jour (Schatz et Pellner).

Schatz, dans la section de gynécologie du Congrès

des naturalistes et médecins allemands, tenu à Fribourg en Burgan, appela tout particulièrement l'attention de ses collègues sur l'action de l'hydrastris, dans les cas d'hystéromyomes. Il fit remarquer que les hémorragies, due aux corps fibreux de l'utérus, sont diminuées ou même complètement supprimées, lors même que l'administration de l'ergotine à haute dose est restée complètement impuissante. Cet effet ne se produit, du reste, qu'à la longue et parfois manque tout à feit, la diminution de la tumeur a lieu quelquefois. Tous ces résultats sont dus au spasme des vaisseaux utérins, amenés par l'hydrastris. Ce médicament, contrairement à l'ergot de seigle, n'agit guère sur les parois musculaires de l'utérus. Hertzmann avait constaté la même chose, aussi trouvait-il que l'ergot devait être supérieur à l'hydrastis dans le cas d'hystéromyomes. Mendes de Leon, privat docent à la Faculté d'Amsterdam, n'ose pas se prononcer sur l'efficacité de l'hydrastis quand il s'agit de corps fibreux de l'utérus, parce qu'il n'a pu expérimenter l'action de ce médicament que dans deux cas de fibromyomes de la matrice.

Schiwopiszew a eu deux insuccès dans deux cas de cette affection, bien qu'il ait administré l'hydrastis à dose assez élevée.

Torgler, dans un travail consacré principalement à l'action de l'hydrastis sur la détermination du travail, rappelle, d'une façon incidente, qu'il a retiré de très bons effets de l'administration de ce médicament dans les cas de corps fibreux de l'utérus. Fellner

trouve que le triomphe de l'hydrastis est le traitement des corps fibreux. Il y a atténuation rapide de tous les phénomènes morbides symptomatiques et, dans beaucoup de cas, diminution de la tumeur; il appuie, du reste, ses affirmations sur un nombre assez considérable d'observations qui, toutes, en réalité, témoignent des bons effets de l'hydrastis. M. le Dr Chéron et M. le docteur Fauquez nous ont affirmé qu'ils en avaient été également satisfaits dans des circonstances semblables. Il en a été de même de M. Batuand, ancien interne de Saint Lazare, qui a bien voulu nous donner, à ce sujet, des renseignements précieux. M. le docteur Leblond et M. Pozzi, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, se sont bien trouvés aussi de l'hydrastis dans les cas de corps fibreux de l'utérus (voir thèse de Cabanes, Paris, 1889).

D'autre part, dans son travail inédit sur les divers traitements chirurgicaux et palliatifs des corps fibreux, M. de Tornery s'exprime de la façon suivante : « L'hydrastis canadensis, sous la forme d'extrait fluide, à la dose de vingt gouttes quatre fois par jour, est un palliatif utile dans les cas de corps fibreux. Chez beaucoup de malades, il diminue rapidement les symptômes les plus dangereux produits par les hystéromyomes, principalement les hémorragies; mais, comme l'avait déjà vu Schatz, ce résultat se fait parfois longtemps attendre, ou même manque tout à fait. Quant à la diminution de volume de la tumeur, c'est une autre affaire, et, dans dix cas ob-

servés par nous, nous n'avons vu cette modification de la tumeur ne se produire qu'une fois. Cependant Fellner a été plus heureux, et il signale le rapetissement du néoplasme comme une chose fréquente. Les résultats contradictoires s'expliquent probablement par la résistance si variable qu'offrent les fibromyomes de l'utérus aux différents traitements palliatifs. Plusieurs des malades que nous avons vus étaient atteints de corps fibreux sous-péritonéaux (quatre sur dix). Or, cette variété d'hystéromyomes paraît tout particulièrement rebelle aux agents thérapeutiques. Quoi qu'il en soit, pour nous, l'hydrastis ne nous paraît pas pouvoir remplacer l'électricité ni les injections intra-utérines d'eau chaude prolongées pendant un temps suffisant, ni, à plus forte raison, l'intervention sanglante quand les deux méthodes précédentes échouent. Les résultats obtenus par l'administration de ce médicament paraissent temporaires à moins qu'on n'en continue indéfiniment l'usage, et Fellner lui-même est forcé d'en convenir. Les expériences de ce dernier, qui montrent d'une façon si nette les modifications rapides et profondes qu'entraîne l'emploi de l'hydrastis dans la circulation sanguine, doit en faire surveiller l'usage avec grand soin, lorsque les malades sont atteints d'affection cardiaque. Mendes de Léon cite un cas où une de ses clientes fut atteinte d'hallucinations visuelles, de délire violent, puis d'assoupissement, qui ne paraissait devoir être rattaché à une perturbation de la circulation cérébrale.

Cependant on ne saurait nier que l'hydrastis canadensis ne soit d'une application très commode. Le médecin n'a qu'à faire une simple ordonnance, il n'est pas obligé de se livrer à des manœuvres délicates qui nécessitent un apprentissage spécial toujours assez long, ainsi que des instruments souvent fort coûteux, et puis, il faut bien le dire, ce genre de traitement rentre plus dans les habitudes des malades, qui s'imaginent volontiers que la médecine doit avoir sous la main des drogues capables de les guérir, quelle que soit la nature du mal dont ils sont atteints.

Pour conclure, nous admettons, quant à nous, que bien que l'hydrastis soit d'une importance secondaire, il peut rendre de grands services chez certains malades spéciaux, et qu'il peut être très utile dans la plupart des autres cas, pourvu que l'on combine son action avec l'emploi d'autres agents thérapeutiques, tels que l'électricité, les injections d'eau chaude, le ràclage de l'utérus dont il peut augmenter alors les effets. Il ne nous semble pas qu'il détermine les accidents locaux ou généraux reprochés à l'ergot de seigle, à qui il s'est montré supérieur dans différentes circonstances (Voir Schatz et Fellner).

Un autre avantage de l'hydrastis, celui-ci il faut l'avouer est bien précieux, c'est qu'il n'abîme pas l'estomac et tend plutôt à faire disparaître les troubles stomachiques si fréquents dans le cours des fibromyomes de l'utérus, quelle que soit l'origine de ces perturbations gastriques. »

Villcox a fait ressortir tout particulièrement l'action heureuse qu'a l'hydratis sur le corps fiibreux. Palk (*Hydrastinin bei gebarmuttei*) pense aussi que l'hydrastis est un excellent palliatif dans les cas d'hystéromyomes.

QUATRIÈME PARTIE

Traitement par le massage.

Bandt, l'introducteur du massage dans la gynécologie, dit avoir retiré de bons résultats de cette méthode dans le traitement des corps fibreux. Unna, Christianson, mais surtout Profanter, qui est allé à Stockolm même, étudier sur place les résultats obtenus par Bandt, sont très élogieux sur les résultats obtenus. Le praticien soutient le col avec deux doigts introduits dans le vagin, tandis que l'autre main masse l'utérus à travers les parois abdominales. Prochaska se contente du massage à travers les parois abdominales, une main soutient le fond de l'utérus, l'autre masse la paroi. Cette modification rend le massage moins brutal, moins dangereux, mais par contre, paraît-il, moins efficace. On a reproché au massage utérin de provoquer souvent des périmétrites, d'amener des péritonites mortelles, dans les cas d'inflammations subaiguës des annexes.

Profanter n'admet pas la plupart de ces objections, et les cas qu'il cite témoignent d'une efficacité véritable. N'ayant aucune expérience personnelle sur la valeur du procédé, nous sommes forcé de nous abstenir de tout jugement sur la valeur de ce procédé. Cependant les quelques cas que nous avons vus semblent avoir amené quelques résultats favorables, tels que diminution des douleurs et des hémorragies, mais la méthode de Bandt nous paraît d'un maniement très délicat et nécessite une main très expérimentée. Ce qui est encore plus indispensable, c'est d'examiner avec le plus grand soin les malades et s'abstenir rigoureusement de tout massage dans les cas de périmétrite subaiguë ou d'affections des annexes.

CINQUIÈME PARTIE

Traitement palliatif par l'eau chaude.

L'influence des irrigations d'eau chaude intra-utérines et vaginales prolongées est véritablement très remarquable. Emmett avait déjà signalé ce fait dans son *Traité de gynécologie*, mais il y a injection et injection : « Nulle méthode curative, affirme Emmett, n'est plus rationnelle, nulle n'est plus saine, mais par malheur on néglige les détails de l'application, et il est rare alors que l'on retire le plus mince bénéfice de l'emploi de cet agent. »

En effet, qu'arrive-t-il dans la plupart des cas, M. de Tornery nous le dit dans un article paru dans les *Annales de Médecine et de Chirurgie pratique* en 1888: « Le plus souvent les malades se servent pour faire leurs injections vaginales d'injecteurs vaginaux ou d'irrigateurs Aiguisier, instruments très imparfaits pour le but que l'on veut atteindre. En exécutant celles-ci, les patientes se tiennent accroupies et

ce n'est qu'à grand'peine que l'eau parvient, mais pas toujours jusqu'au col. Le liquide chaud d'abord ne tarde pas à se refroidir pendant la manœuvre et il s'y mêle une certaine quantité d'air. Enfin même faite avec soin avec ces simples ustensiles, il ne pénètre à chaque injection qu'une quantité d'eau beaucoup trop faible. »

En Allemagne, les publications de Schwartz, de Berhard mais surtout de Runge, attirèrent bientôt l'attention des gynécologues sur l'action de l'eau chaude, sur les symptômes et le développement des corps fibreux. Signalons encore à l'étranger les travaux de plusieurs médecins anglais, tels que Mekann, Mathews, le livre de Seneguireff, où l'on trouvera de très utiles renseignements sur cette question. En France on s'est occupé plus tardivement qu'en Allemagne et en Angleterre des effets que l'eau chaude détermine sur la marche des corps fibreux.

Cependant, en 1886, parut un travail important de Budin sur les résultats fournis par l'eau chaude dans le traitement de différentes affections utérines. Vers la même époque, M. de Tornery, sous l'inspiration du docteur Pozzi, entreprenait des recherches sur le même sujet. Il a été très satisfait des résultats obtenus sur le corps fibreux ; il déclare, dans l'article qu'il fit paraître, en 1888, dans les *Annales médico-pratiques*, qu'il s'est toujours fort bien trouvé de l'emploi de l'eau chaude dans le traitement des corps fibreux. La diminution de la tumeur ne survient pas toujours, mais, dans l'immense majorité des cas,

nous a-t-il dit, on obtient une amélioration évidente dans les symptômes locaux et généraux, et cela dans un laps de temps souvent fort court.

Nous ne croyons pas devoir insister plus longtemps sur un sujet bien connu à l'heure actuelle par la majorité, sinon des praticiens, au moins des gynécologues. Remarquons cependant que les injections vaginales d'eau chaude ne suffisent pas et qu'il faut y ajouter des irrigations intra-utérines ; c'est le seul moyen d'agir plus directement et par conséquent plus efficacement sur le néoplasme utérin. L'action de l'eau chaude agit par un mécanisme identique à celui des traitements précédents, c'est-à-dire en changeant les conditions ordinaires de la circulation du petit bassin, en anémiant la tumeur utérine et en compromettant par conséquent sa nutrition et son développement ultérieur.

SIXIÈME PARTIE

Traitement palliatif par le curettage.

Le curettage semble un excellent procédé pour faire disparaître, au moins dans un grand nombre de cas, les hémorragies dues aux corps fibreux de l'utérus. M. de Tornéry, que nous avons consulté à cet égard, car nous n'avons vu personnellement que deux cas de myomes utérins traités par cette méthode, nous a affirmé qu'il a vu, le plus souvent, les métrorrhagies ayant pour point de départ un fibromyome arrêtées ainsi net, au moins pendant un certain temps. Ces faits ont été observés par lui, soit dans le service de M. Pozzi, soit dans la clinique du docteur Chéron, etc. Il a bien voulu nous communiquer la partie de son article, encore inédit, qui a trait à ce mode de traitement palliatif des corps fibreux de l'utérus : « Les hémorragies utérines, dont le point de départ est un corps fibreux, reconnaissent certainement une pathogénie complexe. Si dans certains cas on peut incri-

miner l'action paralysante de certains réflexes utérins sur les vaisseaux de la matrice. d'une hyperémie passive, si parfois aussi les déplacements très marqués de l'utérus, qu'amènent souvent les hystéromyomes, suffisent pour expliquer l'écoulement sanguin, à cause de la stase qu'ils entraînent, il est vraisemblable que le plus ordinairement, les métrorrhagies ont une origine toute autre. Déjà en 1878, Gusserow, dans la monographie si complète qu'il a consacrée aux néoplasmes utérins, reconnaît qu'il ne s'agit point toujours d'hyperémie passive, et que la muqueuse utérine peut subir aussi des modifications de nature inflammatoire, c'est ce qu'il a pu constater chez un certain nombre de femmes ayant succombé du fait de cette affection. Il a reconnu, dans ces divers cas, que la membrane muqueuse était trés tuméfiée et parcourue par de grosses veines dilatées.

Dans l'*Encyclopédie of anatomy and physiology*, vol. V, supplément, p. 692, Farre avait rappelé aussi que l'on observe quelquefois, dans le cours des fibromyomes de la matrice, l'expulsion de lambeaux de la muqueuse utérine.

En 1878, Wyder publiait un travail (voyez *Archives fur gynécologie*, vol. XIII, p. 35) duquel il résulte que, dans les cas de corps fibreux interstitiels sous-séreux, il reste une endométrite fongueuse; le processus morbide porte principalement sur les glandes. Malheureusement pour Wyder, cet article passa inaperçu. Campe dans son mémoire, (*über das Verhalten des endometrium beimyomen. Zeits-*

chrift für gebrortshulfe and gynécologie, vol. X, p. 356) ne signale même pas le nom de Wyder. C'est Campe seulement que l'on trouve mentionné, à propos de ces modifications de la muqueuse utérine, dans l'ouvrage de Schrœder sur les maladies des femmes. Quoi qu'il en soit de cette question de priorité, il est bien certain, à l'heure actuelle, que cette endométrite fongueuse est très fréquente dans le cours des fibromyomes de l'utérus. A peu près tous les gynécologues sont d'accord là-dessus. En effet, voici comment s'expriment Siredey et Danlos, dans l'article du *Dictionnaire Jaccoud* qui est consacré à ces néoplasmes utérins : « Outre cette action si remarquable sur la nutrition de la couche musculaire, les fibromes interstitiels et surtout les tumeurs sous-muqueuses déterminent fréquemment une irritation de l'endomètre. Il en résulte une endométrite chronique, caractérisée par la rougeur et l'irritation de la muqueuse, la dilatation des orifices glandulaires et souvent une teinte ardoisée partielle en de petites ecchymoses. » Le nouveau travail de Wyder, paru en 1886 dans les *Archives de gynécologie* de Crédé, a confirmé entièrement les données que l'on possédait antérieurement sur ce point si intéressant pour le praticien. Les vingt cas d'endométrite fongueuse qui y sont soigneusement décrits ne laissent plus de doute sur ce sujet. Et d'ailleurs, qu'on introduise la curette dans la cavité d'un utérus atteint de fibromyome, et presque toujours, on peut le dire, l'instrument ramènera à sa sortie des débris plus ou moins abon-

dants de fongosités. Cette constatation qui est à la portée de tout le monde résout définitivement la question de l'utilité du curettage dans le traitement palliatif des corps fibreux. Quel est en effet le traitement d'une endométrite fongueuse, qui donne les meilleurs résultats, au moins dès que la maladie est ancienne, n'est ce pas le curettage. Mais ici encore plus peut-être que dans les endométrites fongueuses qui reconnaissent une autre cause, les récidives sont fréquentes, quelque bien faite qu'ait été l'opération, si l'on se borne purement et simplement à l'ablation mécanique des fongosités. Il faut pour empêcher ces dernières de se reproduire, employer les pansements décongestionnants sur le col, tels que les tampons de glycérine, l'électricité, l'hydrastis canadensis, les injections intra-utérines et vaginales prolongées d'eau chaude, etc. »

Nous préférons, quant à nous, le curettage à l'électrolyse chimique du docteur Apostoli, et à l'injection de liquides irritants, tels que teinture d'iode, chlorure de zinc. Nous croyons en effet que le raclage avec la curette est aussi facile et beaucoup moins dangereux.

Massage de l'utérus.

L'introduction du massage en gynécologie est dû à Brandt (*Nouvelle méthode gymnastique pour le trai-*

tement des maladies des organes du bassin et principalement des affections utérines, Stockholm, 1868), Niessen de Christiania, élève de Brandt, qui travailla longtemps sous les yeux de son maître (voyez Thure, Brandt, *Utérin gymnastic*, Christiania, 1875), Riebmayr (voyez *Nord medical archiv.*, band X, 1878), Hartelius (*Massage de l'utérus*), Hygœa, 1873, Norstrom de Paris (*Traitement des maladies des femmes au moyen du massage*, Paris, 1876), Wagner (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1876), Winiwater (*Wiener medical*, *Blätter*, 1878), Ziemsen (*Deutsche medical Wochenschrift*, 1877) se sont occupés des effets du massage sur les fibromes. Les appréciations sont très partagées. Prufanter qui est allé sur les lieux mêmes étudier les effets de la méthode de Brandt et qui a fait paraître là-dessus un mémoire très intéressant, a observé plusieurs cas de corps fibreux améliorés par le massage.

Prochownic (*Deutsche medical Wochenschrift*, band VIII, 1882), au lieu de mettre deux doigts dans le vagin pour soutenir le col de l'utérus, se contente du massage à travers les parois abdominales ; les effets sont peut-être moins efficaces, mais aussi moins douloureux et moins dangereux. Bref, les effets du massage sur l'utérus sont encore mal connus, quand il s'agit de fibromyomes. On a reproché à cette méthode d'être d'un maniement difficile, de fatiguer les malades et d'amener même parfois des péritonites dangereuses.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le Dr Falquez.

Fibrome sous-muqueux ; Hémorragie extrêmement abondante ; Anémie profonde.

Mme S..., âgée de 41 ans, réglée à 14 ans, toujours avec de légères avances de deux à quatre jours et abondamment, possède une excellente constitution, c'est une grande et belle femme, mère de trois enfants dont deux vivants.

Il y a cinq ans, elle a commencé à constater l'augmentation de volume de son ventre, peu après les règles sont devenues de plus en plus abondantes et sont arrivées assez rapidement à constituer des ménorrhagies graves. Elle a été traitée pendant plus de deux ans sans résultat par l'ergotine sous toutes ses formes et par les eaux salées qui ont eu pour effet de diminuer momentanément la faiblesse que lui causaient ses pertes de sang considérables, mais qui n'ont eu aucune action sur les hémorragies utérines, ni sur le volume du fibrome. Malgré tous les traitements qu'elle a suivis, la tumeur continuant son mouvement de croissance, les hémorragies augmentaient d'une façon inquiétante et la malade dépérissait tous les jours.

Plusieurs médecins et chirurgiens, séparément ou réunis

en consultation, avaient déclarés vers le milieu de l'année 1886 qu'il ne fallait pas songer à une opération quelconque, la malade, à cause de sa faiblesse et de son anémie extrêmes, étant dans l'impossibilité absolue de la supporter ; les uns avaient conseillé les injections d'eau chaude, les autres les injections d'eau froide et l'usage de l'ergotine. On comptait sur la ménopause pour mettre fin à ces hémorragies. Mais pour arriver à la ménopause, il lui fallait attendre peut-être dix ans encore, et elle sentait bien qu'elle ne pourrait aller jusque-là dans les conditions où elle se trouvait.

C'est alors qu'elle reçut indirectement d'un confrere, M. Gaillard, de Chatou, qui avait assisté aux cliniques de la rue de Savoie, le conseil de demander une consultation à Chéron qui ordonna immédiatement le traitement par les intermittences du courant continu et qui voulut bien me charger de l'application de ce traitement et me confier entièrement le cas de cette intéressante malade.

Mlle S..., lorsque je la vis la première fois en août 1886, était dans la situation suivante : Je trouve une malade étendue sur une chaise longue qu'elle ne quitte que pour aller se remettre au lit et réciproquement, avec défense absolue de tenter de marcher de crainte de provoquer une syncope mortelle.

L'appétit est absolument nul, la digestion lente et difficile, le teint est d'une pâleur effrayante ; c'est la véritable coloration de la cire. On sent que sous cette peau le sang fait défaut. Le pouls a une intermittence qui me donne une idée de l'état d'épuisement du cœur et de la faiblesse de la tension vasculaire.

La malade vient de terminer la période des règles qui durent habituellement de douze à quatorze jours, pendant six jours surtout avec une abondance extrême.

La garde-malade, en m'indiquant le nombre des linges salis et me montrant la façon dont ils sont imprégnés de sang, me permet de me rendre compte de la quantité énorme de sang perdu par la malade.

Les règles reparaissent tous les vingt à vingt-et-un jours, c'est donc une période de repos de huit jours à peine pendant laquelle elle a une perte continue de sérosité épaisse mais sans aucune odeur ; l'intervalle entre les ménorrhagies est évidemment trop court pour permettre à la malade de réparer ce qu'elle a perdu, et c'est ainsi que son état s'aggrave de jour en jour.

L'examen microscopique du sang, l'hématomètre d'Hayem et Nachet donne nombre de globules rouges..... 3.069.000
Richesse globulaire exprimée en globules sains.. 1.982.062
Valeur individuelle en moyenne d'un globule.... 0.645

Au palper abdominal, je constate que l'utérus envahi par une tumeur volumineuse remonte au niveau de l'ombilic. La masse est dure, assez sensiblement rejetée à droite et remplit la fosse iliaque correspondante ; la pression est très sensible à son niveau. Au toucher vaginal, le col est en grande partie effacé, largement entr'ouvert, donnant au doigt la sensation d'une muqueuse saine ; il n'a ni déchirure ni renversement des lèvres. Les culs-de-sac sont libres et très profonds, le postérieur surtout que le doigt a de la peine à atteindre complètement.

Le palper abdominal combiné avec le toucher vaginal permet de constater que l'utérus est mobile en tous sens, mais lourd à déplacer.

Au spéculum, le col est effacé, très ent'rouvert, du reste d'aspect sain, la sonde utérine est arrêtée par une masse dure contre laquelle elle vient butter à sept centimètres de profondeur.

Etant donné l'état de la malade et son impossibilité de bouger, je fais installer chez elle une batterie portative de Gaiffe au bioxyde de manganèse, au chlorure de zinc, de 60 éléments, avec un rhéostat et un appareil régulateur des intermittences et je commence, quelques jours après ma première visite, l'application du traitement.

Intermittence à une seconde d'intervalle; 30 milliampères me donnent un choc modéré, suffisant pour un début; durée de l'application, douze minutes. Je renouvelle ces applications trois fois par semaine. J'augmente progressivement la violence des chocs que je règle surtout d'après la tolérance de la malade, et la durée des séances que je porte jusqu'à quinze à vingt minutes.

Aucune fatigue pour la malade qui déclare se trouver plus à l'aise et plus forte après chaque application, j'arrive à employer 60 milliampères.

Je complète le traitement par les injections d'eau à 45°, matin et soir; vin de quinquina et teinture de noix vomique, frictions sédatives sur la région des reins.

Lorsque le cinquième jour des règles est arrivé, je fais reprendre les injections d'eau chaude additionnée d'une cuillerée à café de perchlorure de fer par litre d'eau.

Après deux mois de traitement, j'obtins une diminution notable de la tumeur et surtout de la quantité de sang émise à chaque période menstruelle, et Mme S..., qui habite à Passy, un petit hôtel avec jardin, peut descendre, prendre ses repas avec sa famille et faire quelques pas dans le jardin quand le temps le permet; l'appétit et les forces reviennent peu à peu.

L'automne venu, elle revient dans le centre de Paris, et l'amélioration, lente il est vrai, mais progressive, se poursuit sans jamais le moindre retour en arrière.

Au printemps de 1887, la malade est assez bien pour aller

s'installer à Saint-Germain, dans une situation magnifique, où elle respire à pleins poumons un air vivifiant.

L'examen du sang à ce moment donne :

Nombre de globules rouges................	3,441,000
Richesse globuleuse exprimée en globules sains	2,342,437
Valeur individuelle et moyenne du globule...	0,680

Je continue le traitement commencé à Paris. Les forces, l'appétit, le bon teint reviennent à grands pas, les ménorrhagies ont fait place à des règles abondantes de six à sept jours de durée et ne revenant plus qu'à intervalle de vingt-cinq jours.

La malade fait tous les jours deux ou trois promenades.

C'est ainsi qu'elle atteint le mois d'octobre et songe au retour à Paris.

Au moment où elle se dispose à partir, un excès de marche et très probablement un refroidissement qu'elle éprouve pour être restée trop longtemps dans le jardin provoquent des crises de névralgie lombo-abdominale des plus violentes qui éclatent brusquement. Appelé en toute hâte ; j'ordonne des frictions calmantes, de l'antipyrine, des injections sous-cutanées de morphine qu'un confrère de Saint-Germain veut bien se charger de faire quand les douleurs seront trop vives.

Après trois jours de ces crises douloureuses, je constate, en pratiquant le toucher, l'existence d'une masse dure, un peu bosselée qui dilate le col et s'engage entre ses lèvres. Cette masse progresse peu à peu et le quatrième jour, après ma première constatation, la dilatation était suffisante pour qu'on pût nettement sentir que le col de l'utérus donnait passage à une tumeur, dont je peux évaluer la dimension à celle d'une orange.

Ne doutant pas que la malade va accoucher de son fibrome, je reviens au pédicule et cherche à extraire la

tumeur, lorsqu'à ma grande stupéfaction, je ne trouve plus rien ; la tumeur, dans l'espace de vingt-quatre heures était remontée dans l'utérus et le col ne présentait plus qu'une dilatation à peine suffisante pour admettre le bout du doigt.

La malade était extrêmement épuisée par les douleurs et par le travail qu'avait accompli son utérus, l'appétit avait complètement disparu ainsi que le sommeil ; elle avait des pertes muco-purulentes très odorantes. J'avais du reste, dès la constatation de la dilatation du col, fait pratiquer des irrigations vaginales antiseptiques au sublimé, 1/2000. Ne voulant pas accepter seul la responsabilité de l'expectation ou d'une intervention chirurgicale, j'exprime le désir d'appeler en consultation un chirurgien. M... S. choisit un de nos plus éminents opérateurs qui avait vu autrefois la malade et qui, repoussant toute idée d'opération, se prononce formellement en faveur de l'expectation et de la continuation du traitement. C'était exactement mon avis ; je reprends donc l'électrisation, tout rentre peu à peu dans l'ordre.

Avec des injections sous-cutanées d'éther je relève les forces de la malade qui se remet d'autant plus promptement que ce commencement d'expulsion de la tumeur n'a été accompagné d'aucun écoulement sanguin et n'a eu aucune action sur les règles qui se produisent à l'époque exacte sans augmentation de quantité ni de durée. Un mois après cette crise, je peux ramener avec les plus grandes précautions ma malade à Paris.

Elle a passé un excellent hiver, il ne s'est reproduit aucune tentative d'expulsion et l'amélioration a continué à marcher progressivement.

Mme S .. fait des promenades à pied et en voiture, monte des étages sans fatigue, jouit d'un excellent appétit et dort à merveille.

Elle prend depuis plusieurs mois, chose qu'on n'avait jamais osé faire autrefois, du proto-chlorure de fer de Rabuteau qu'elle tolère parfaitement et qui contribue à la fortifier, elle a passé une partie de l'été à la campagne et est allée passer en octobre trois semaines à Arcachon Elle supporte sans la moindre fatigue ces deux longs voyages en chemin de fer.

L'électrisation a été suspendue pendant son absence de Paris, c'est-à-dire pendant trois semaines environ. Les règles sont restées régulières et il n'y a eu aucune tendance du côté de la tumeur à une reprise de son ancien volume. L'amélioration obtenue dans l'état de la malade est donc bien acquise.

Aujourd'hui la tumeur, extrêmement réduite de volume, dépasse le pubis de deux travers de doigt à peine, ce qui permet à Mme S... de porter un corset, des corsages à taille, de s'habiller, en un mot, comme toutes les femme, chose qu'elle ne pouvait faire depuis des années.

Les règles viennent tous les vingt huit jours et l'écoulement sanguin des plus modérés dure de quatre à cinq jours.

La dernière analyse du sang a donné :

Nombre de globules rouges. 9.906.000

Richesse globulaire en globules sains...... 3.243.375

Valeur individuelle en moyenne d'un globule, 0.830.

L'état de santé actuel de la malade peut être à bon droit qualifié de guérison. La tumeur n'a pas disparu et ne disparaîtra jamais entièrement, mais elle est assez réduite pour ne plus causer aucune gène et les hémorragies n'existent plus.

OBSERVATION II

Mme P..., 39 ans, 17 janvier 1888.

Réglée à 13 ans très régulièrement, très abondamment pendant 7 à 8 jours. Pas de pertes blanches.

Pas d'enfants. Une fausse couche de quatre mois et demi il y a quinze ans, sans suites ni complications graves.

Depuis dix ans environ, grande irrégularité de la menstruation.

Abondance toujours très grande de l'écoulement.

Il y a trois ans, commencement des ménorrhagies. Règles à intervalles de quinze à dix-huit jours durant dix à douze jours.

Grand affaiblissement. Douleurs dans la région lombaire et dans le bas-ventre.

Règles toujours très abondantes.

Presque jamais de pertes blanches. Il y a un an environ, métrorrhagie extrêmement violente. Depuis, règles très irrégulières, avançant de huit à dix jours, mêlées de caillots et très abondantes.

Digestion difficile, constipation, maux de tête fréquents.

Douleurs violentes dans la région des reins, dans les aines, sur le devant des cuisses.

Anémie caractérisée par le bruit de souffle au cœur.

Col gros ramolli, situé très haut.

Masse dure occupant le cul-de-sac antérieur et une partie du cul-de sac latéral gauche.

Utérus lourd et très difficile à mouvoir.

Sonde utérine pénétrant à dix centimètres, en décrivant une forte courbure.

La tumeur remonte au dessus du pubis.

Injection vaginale à 45°.

Intermittences rythmées de courants continus, 30 milliampères. Intervalle d'une seconde. Séance trois fois par semaine.

Pôle positif dans le cul-de-sac postérieur.

Pôle négatif sur l'abdomen.

5 juin. — Les ménorrhagies qui ont été en diminuant progressivement sont complètement arrêtées. Les règles sont régulières et normales, comme durée et comme abondance. Depuis le 10 août, l'intensité a été portée de 30 à 60 milliampères.

Les douleurs dans la région lombaire ont cédé et la marche est devenue facile.

Continuation du traitement jusqu'en décembre. Les forces sont revenues, les signes d'anémie ont presque complètement disparu.

Les règles ne laissent rien à désirer, et la santé générale est excellente.

OBSERVATION III.

Mme B..., 49 ans, vient à la clinique en 1881. Réglée à 15 ans et demi, toujours abondamment ; avances fréquentes de six à huit jours.

Peu sujette aux pertes blanches. A eu un enfant il y a dix-neuf ans. Accouchement naturel et facile. Repos de vingt-cinq jours au lit. Absence de fatigue pendant au moins deux mois. N'a jamais souffert et s'est très bien portée jusqu'à il y a trois ans.

Se présente à ma consultation le 15 juillet 1887. Depuis trois ans, l'abondance des règles a augmenté sensiblement.

Depuis un an, quantité considérable de sang à chaque période menstruelle.

Le ventre a pris peu à peu un grand développement et la tumeur, facilement appréciable par le palper bi-manuel, remonte à quatre travers de doigt au dessus du pubis.

Marche extrêmement difficile.

Sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Douleurs dans la région lombo-sacrée. Crampes dans les membres inférieurs ; affaiblissement considérable dû à l'anémie provoquée par des pertes blanches. Traitement par les injections froides et l'ergotine sous toutes ses formes, impuissant.

Fibrome remontant à cinq travers de doigt au dessus du pubis. Traitement : injection vaginale à 45°.

Intermittences rythmées du courant continu.

Tous les deux jours, 20 milliampères. Intermittence à une seconde d'intervalle pendant quinze minutes.

Pôle positif dans le cul-de-sac postérieur.

Pôle négatif sur l'abdomen.

Le 20 juillet. — Règles abondantes, durée neuf jours.

Le 10 août. — Reprise du traitement, 40 milliampères.

Le 25 août. — Règles beaucoup moins abondantes. Continuation du traitement. Ascension progressive de 40 à 50 et 60 milliampères.

La tumeur diminue progressivement de volume et les règles sont de moins en moins abondantes. Au mois de décembre, les règles sont normales comme durée et comme abondance.

Les crampes et les douleurs névralgiques ont disparu. Les forces de la malade se relèvent rapidement. Diminution sensible du volume de l'abdomen.

OBSERVATION IV

Mme X..., 35 ans, réglée à 12 ans, pertes modérées au début, peu sujette aux pertes blanches, n'a jamais eu ni enfants, ni fausses couches. Il y a douze ans, la malade a eu des retards et des arrêts dans sa menstruation qui ont fait croire à une grossesse. Le ventre grossissait progressivement, mais au bout de neuf à dix mois il diminua et les règles redevinrent régulières ; à ce moment, un médecin crut à une grossesse extra-utérine.

Trois ans après, c'est-à-dire il y a neuf ans, la malade a commencé à avoir des pertes très abondantes durant treize à quatorze jours à l'époque de ses règles. Les pertes ont fini par continuer dans les intervalles, de sorte que la malade était toujours dans le sang. Il y a deux ans et demi, ces pertes intercalaires se sont arrêtées et la malade perd seulement à l'époque de ses règles, pendant douze à quinze jours. Elle souffre beaucoup au début et pendant les quatre premiers jours. Bon appétit, bonne digestion, constipation, sommeil excellent, pas de maux de tête, douleurs en ceinture, ventre lourd, marche et station debout assez faciles depuis quelque temps, fréquentes envies d'uriner, hémorroïdes. Tempérament très nerveux et très impressionnable. Col long, utérus immobile, culs-de-sacs libres. Cependant, par le postérieur on arrive sur une tumeur très volumineuse que le palper bi-manuel permet de suivre à travers les parois abdominales épaisses. Ronde et médiane, elle remonte jusqu'au dessus de l'ombilic. Son volume et sa forme sont tels qu'elle s'appuie sur les iliaques et laisse la marche assez facile.

Le 4 juin 1880, jour de son arrivée à la clinique, on lui

ordonne un traitement reconstituant et on la soumet au courant continu avec intermittences rythmées.

A la fin du mois d'octobre, la malade, qui a été soumise trois fois par semaine à l'application des intermittences rythmées du courant continu (68 éléments, résistance 2,200) est interrogée et examinée.

Ses règles ont été extrêmement abondantes en juillet et ont duré dix-huit jours. Le mois suivant elles ont duré vingt jours. En septembre et en octobre leur durée se réduit à cinq jours et la malade n'éprouve plus aucun malaise.

La névralgie lombo-abdominale est grandement améliorée, les besoins fréquents d'uriner ont disparu, le visage de la malade a perdu sa teinte pâle cadavérique. Elle a maintenant des couleurs, la tumeur s'est abaissée au dessous de l'ombilic.

OBSERVATION V

Mme X..., 36 ans, réglée à 17 ans, toujours régulièrement, mais menstrues peu abondantes, peu sujette aux pertes blanches. N'a jamais eu d'enfant ni fausses couches, Il y a dix-huit mois, la malade a commencé à souffrir dans le côté droit de l'abdomen avec irradiation de la douleur jusque dans l'épaule droite. Le développement du ventre s'est fait insensiblement, mais, au dire de la malade, il aurait augmenté surtout notablement depuis deux ans. Elle a, dit-elle, une énorme tumeur qui occupe tout l'abdomen et remonte jusqu'aux côtes. Depuis quatre mois, elle a des vomissements de bile au réveil. La nuit elle a des renvois amers, peu d'appétit, digestion difficile, respiration gênée, marche difficile, pas de constipation. Envies fréquentes d'uriner. Par le paper bimanuel on sent une tumeur qui semble venir s'implanter à

la face postérieure de l'utérus, et qui, lisse, dure, un peu inclinée à droite, écartant les fausses côtes et refoulant le foie et l'estomac. Col de l'utérus long et allongé. Le spéculum ne donne aucun renseignement.

Lé 24 mars 1880, le premier jour de son arrivée è la clinique, on la soumet à un traitement reconstituant et au ceurant continu à interruption rythmée.

A la fin du mois d'avril, la malade accuse une notable amélioration. La douleur du flanc droit avec irradiation dans l'épaule a disparu. Depuis huit jours il n'y a plus de vomissements bilieux, la respiration est beaucoup moins gênée, et, chose importante, la tumeur dont le fond n'était pas accessible, peut être maintenant contournée avec la main à sa partie supérieure,

16 juin. — Nouvelle amélioration, pas plus que les vomissements bilieux, la douleur n'a reparu; marche facile sans oppression, besoins d'uriner moins fréquents; il survient un peu de malaise au moment des règles, mais plus de ménorrhagies. Le fond de la tumeur est à deux travers de doigt seulement au dessus de l'ombilic.

OBSERVATION VI

Mme X..., 40 ans, réglée à 17 ans, toujours régulièrement, pertes abondantes de cinq à six jours de durée, peu sujette aux pertes blanches.

N'a jamais eu d'enfants. Vives douleurs dans la région lombaire, fréquemment quelques douleurs dans le ventre. Sensation de pesanteur dans le bas-ventre, la fatigue vient vite en marchant.

Depuis le mois de janvier, il y a de l'irrégularité dans ses règles.

Du 31 décembre au 23 janvier, la malade a constamment perdu du sang en assez grande abondance, puis elle est restée un mois sans en perdre. Alors la régularité s'est à peu près établie. Les règles sont devenues moins abondantes qu'au mois de janvier. Elles durent cependant une douzaine de jours chaque fois, appétit capricieux. Digestion lente. Tympanisme stomacal.

Rougeurs au visage après les repas avec envie de dormir, constipation fréquente. Très souvent maux de tête, tempérament nerveux, impressionnable, a eu quelques crises nerveuses pendant l'enfance. A l'âge du neuf ans, apprenant la mort de son père, elle a perdu completement la vue pendant trois semaines. Névralgie sciatique gauche; hémoroïdes datant de douze ans, fréquentes crises d'asthme. Au palper, on sent une masse volumineuse mamelonnée, formée par six tumeurs au moins, éol congestionné bleuâtre; dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur que le palper bimanuel montre appartenir à la grosse masse que l'on sent à travers les parois abdominales.

Un examen bien attentif démontre :

1° Que deux de ces tumeurs sont intimement confondues avec l'utérus ;

2° Que les autres sont pédiculées, sous-pectorales et que leurs relations avec la matrice sont moins intimes.

On lui ordonne, le jour de son entrée à la clinique rue de Savoie, 2 mai 1880, un traitement reconstituant et on la soumet aux intermittences rythmées du courant continu.

72 éléments, résistance 2.300.

Séances trois fois par semaine, de dix puis de quinze minutes.

5 *avril* 1880. — La malade est examinée, les tumeurs sont mobiles les unes sur les autres : l'allègement est considérable,

le ventre est moins gros, les fonctions digestives se font mieux. La malade accuse la disparition des douleurs de tête, les règles sont régulières et beaucoup moins abondantes.

Au lieu de douze jours, elles ne durent que sept jours. Maintenant la malade se sent beaucoup soulagée. Toutes les fonctions s'exécutent beaucoup mieux, La névralgie lombaire est moins intense. La malade est si contente de son traitement qu'elle demande à le continuer jusqu'au mois de décembre. A ce moment, l'examen permet de constater une nouvelle amélioration.

En effet, les tumeurs sont de plus en plus mobiles, à ce point que la malade dit sentir des boules se remuer dans son ventre lorsqu'elle change de position dans son lit. Excellente santé générale.

La malade continue encore un an son traitement à la clinique. Les tumeurs sont très diminuées de volume quand elle le cesse définitivement. Elle est incontestablement diminuée de 3/4 depuis l'installation des courants continus à interruptions rythmées. Depuis longtemps elle n'en ressentait du reste plus aucune gène fonctionnelle.

OBSERVATION VII.

Mme B..., âgée de 33 ans, réglée à 13 ans, régulièrement et normalement au point de vue de l'abondance, a toujours joui d'une excellente santé. Elle est mariée depuis quatre ans.

Elle se présente à ma consultation au mois de septembre 1885, ayant subi, six semaines auparavant, un avortement provoqué au quatrième mois de la grossesse, à cause de l'existence d'une tumeur fibreuse située dans la paroi antérieure de l'utérus au niveau de la jonction du corps et du col et qui aurait rendu impossible l'accouchement à terme.

La constatation de l'existence de ce fibrome avait été faite par Chéron qui avait déclaré l'accouchement à terme impossible et cons illé d'abord l'avortement, après avis préalable d'un accoucheur, et ensuite les applications et intermittences du courant continu dont il me confia la direction.

L'avortement a été provoqué par un de nos plus habiles accoucheurs des hôpitaux qui a eu la plus grande difficulté à mettre le col à découvert et à introduire la sonde en gomme dont il se sert pour cette opération, tellement le col repoussé en arrière par la tumeur était peu accessible. Au bout de huit jours avait lieu l'expulsion de l'embryon, mais avec beaucoup de douleurs et de difficultés. Il était même sorti par fragments ainsi que le placenta. Grâce aux lavages et aux soins antiseptiques minutieux, tout s'était bien passé.

La malade ne s'est jamais aperçue de l'existence de ce fibrome et c'est par hasard, en allant consulter Chéron pour quelques troubles du début de la grossesse, qu'elle a permis à ce dernier de la constater. Elle n'a jamais eu de ménorrhagie, ni de métrorrhagie.

Elle a eu un excellent appétit, digère bien et a des selles régulières. Elle se plaint d'envies frequentes d'uriner et de pesanteurs daas le bas-ventre qui rendent la marche pénible. Elle se fatigue pour la moindre petite course. Bon sommeil, Presque jamais de pertes blanches. Au palper abdominal, je constate que l'utérus est augmenté de volume. Il dépasse le pubis de deux travers de doigt. On sent qu'il est repoussé en masse en arrière en rétroposition.

Il y a une assez grande sensibilité à la pression au niveau du fond de l'utérus, ce qui s'explique, car il faut, en raison de la rétroposition, déprimer fortement la paroi abdominale pour sentir l'utérus.

Au toucher vaginal, on sent le col, très gros et très porté

en arrière, et il faut introduire le doigt très profondément dans le cul de-sac postérieur pour atteindre l'orifice du museau de tanche. Le cul-de sac antérieur est effacé, comblé par une masse dure et résistante, qui fait nettement corps avec l'utérus.

Au spéculum, il est impossible d'avoir le col entièrement dans le champ de l'instrument. Le cul-de sac antérieur résiste et ne permet pas de faire basculer l'utérus. Ce qu'on en aperçoit suffit pour faire reconnaître qu'il est sain, sans ectropion ni ulcération, mais qu'il a la coloration violacée caractéristique de la congestion.

L'hystéromètre est arrêté au niveau de l'orifice interne du col par une masse dure qu'il est impossible de lui faire franchir.

J'applique l'électrode positive dans le vagin en la guidant avec le doigt, de façon à ce qu'elle se place en avant du col, dans le cul-de sac antérieur, exactement en contact avec la tumeur. Je place la plaque électrode négative sur l'abdomen et je commence les intermittences réglées à intervalle d'une seconde. Une assez grande sensibilité de la malade m'oblige à n'employer qu'un courant faible et à n'obtenir, par conséquent, que des chocs très doux, trente milliampères au début sont suffisants. Je porte peu à peu l'intensité à soixante milliampères ; je fais suivre chaque application d'un pansement decongestionnant à la glycérine boriquée.

Application des intermittences trois fois par semaine. Au bout de trois ou quatre mois de traitement, il y a eu une amélioration très sensible. Mme B... marche plus facilement, se fatigue beaucoup moins, éprouve moins de pesanteur dans le bas-ventre. Le col se place plus facilement dans le spéculum.

Sur la demande de la malade, je ne fais les applications

électriques que deux fois par semaine. L'amélioration continue progressivement.

Au commencement du mois d'août 1886, Mme B... me fait part de ses inquiétudes. Elle a un retard de près d'un mois dans ses époques. Elle ne m'en a pas parlé plus tôt, espérant que ce n'était qu'un retard, mais elle éprouve certains troubles qui ne lui permettent guère de douter qu'elle commence une nouvelle grossesse.

Je continue encore le traitement pendant quatre semaines environ, mais les symptômes de la grossesse s'accentuant, je cesse.

Mme B... vient me voir de temps en temps, et vers la fin de novembre, elle commence à percevoir les premiers mouvements du fœtus. Je l'engage à aller voir mon confrère qui avait pratiqué le premier avortement, et ce dernier me donne rendez-vous pour le 7 décembre.

Il trouve l'application du spéculum et l'introduction de la sonde sensiblement moins difficile que la première fois et constate que l'utérus est beaucoup plus mobile.

L'avortement a lieu quatre jours après sans grandes douleurs et le fœtus est expulsé en entier avec le placenta. Après six semaines de repos au lit et à la chambre, je reçois de nouveau, vers le 25 janvier 1887, la visite de ma malade qui, ayant la preuve évidente de la diminution notable de sa tumeur, a le plus grand désir de continuer le traitement, ainsi que je lui avais conseillé.

Le col est moins difficile à atteindre encore et se place de mieux en mieux dans le spéculum. L'utérus est plus mobile et la sonde utérine peut pénétrer décrivant une forte courbe à concavité antérieure, à 7 centimètres et demi dans sa cavité. Je recommence donc les applications des intermittences, j'emploie jusqu'à 60 à 80 éléments de ma pile et

j'arrive à donner des chocs puissants que la malade supporte très bien. Nous allons ainsi jusqu'au mois de septembre 1887, avec une amélioration croissante.

Le col se présente avec facilité dans le spéculum, la pesanteur est presque nulle et la marche est devenue très facile, permettant à Mme B... de faire de longues courses, sans la moindre fatigue.

Vers la fin du mois, nouvel aveu d'inquiétude au sujet d'un nouveau retard de règles.

Continuation du traitement.

Je décide, d'accord avec la malade, que, puisqu'il faut en arriver chaque fois à provoquer un avortement, je continuerai les applications des intermittences, sans m'inquiéter de ce qui pourra arriver, Si les chocs violents imprimés à l'utérus arrêtent le développement de l'embryon, l'atrophient comme ils atrophient la tumeur, ou bien si après un certain degré de développement ils provoquent l'expulsion de cet embryon, nous ne courons aucun risque, puisqu'il faut toujours en venir à un avortement. Je continue donc, et au bout de quatre mois et demi, le ventre s'étant développé normalement, les premiers mouvements du fœtus se font sentir. Trouvant l'utérus beaucoup plus mobile, le cul-de-sac antérieur beaucoup plus dégagé, le col plus accessible, je pousse jusqu'au sixième mois.

A ce moment, je conseille à ma malade de revoir son accoucheur qui constate l'amélioration accomplie dans l'état de Mme B... et qui, approuvant ma manière de voir, conseille d'aller jusqu'au septième mois, espérant fermement que la réduction acquise de la tumeur permettra d'avoir un enfant viable, susceptible d'être conservé, grâce à la couveuse, artificelle.

Devant cette espérance et dans la crainte que les chocs

produits par les intermittences n'aient un effet contractile trop puissant sur un fœtus arrivé aux deux tiers de son développement, sur le placenta ou sur l'utérus, je crois prudent de cesser les applications électriques.

La malade vient me voir une fois par semaine afin que je puisse suivre la marche de cette grossesse. Au septième mois nouveau conseil de l'accoucheur d'attendre le huitième.

Au huitième mois d'attendre le neuvième.

Enfin, le 27 mai Mme B... met au monde une belle petite fille, dans les conditions les plus normales, après trois heures de grandes douleurs, au grand étonnement de mon confrère et de moi-même qui m'attendait à voir un accouchement long et douloureux.

L'enfant était superbe et n'avait nullement souffert des chocs violents qui avaient ébranlé l'utérus pendant les six premiers mois de la grossesse.

Après six semaines de repos, j'ai reçu Mme B... complètement remise de son accouchement. L'utérus est mobile. en bonne voie de régression. Le col est un peu déchiré à la commissure gauche. On sent encore dans la face antérieure le fibrome très réduit qui ne cause plus à la malade ni gêne, ni fatigue.

Trois mois après l'accouchement, il semble que le fibrome ait participé à la régression de l'utérus, car il devient de moins en moins perceptible.

Je fais encore quelques applications éloignées du traitement non point dans l'espoir de faire disparaître complètement la tumeur, mais afin d'obtenir une réduction aussi grande que possible, car ma malade, entrée maintenant d'une façon si heureuse et si inespérée dans la voie de la maternité, a bien l'intention de ne pas s'en tenir là.

OBSERVATION VIII

Fibromes multiples sous-péritonéaux et sous-muqueux ayant déterminé une augmentation considérable de l'utérus qui a envahi la totalité de la cavité abdominale et vient atteindre la face inférieure du foie et la vésicule biliaire, Hémorragie abondante; Crise de mouvements bilieux; Anémie profonde; Succès.

Mme R.., 46 ans, éouturière, se présente à ma consultation en juillet 1886, pas d'antécédents héréditaires. Elle a été réglée à 13 ans 1/2, toujours régulièrement, très abondamment et sans douleurs vives. Mariée à 22 ans, elle n'a jamais eu d'enfant, ni de fausse couche.

Il y a sept ans environ, elle s'est aperçue que son ventre augmentait de volume. Elle commençait à éprouver une sensation de douleur dans le petit bassin et de la difficulté à marcher. La station debout était également très pénible et elle ressentait une sorte d'engourdissement dans les membres inférieurs. En même temps survenaient les règles de plus en plus abondantes.

La répugnance qu'elle éprouvait à se faire voir à un médecin, et malheureusement à laquelle obéissent trop souvent les malades, lui fit supporter pendant cinq ans cette augmentation progressive du ventre et les hémorragies menstruelles qui devinrent de plus en plus sérieuses et commencèrent à ébranler fortement sa constitution jusqu'alors excellente.

Les symptômes s'étant aggravés avec une rapidité inquiétante et les ménorrhagies ayant bientôt fait place à des métrorrhagies presque continues, elle se décida à consulter un médecin de son quartier qui, ayant diagnostiqué une

tumeur fibreuse, la traita par les injections sous-cutanées et les suppositoires d'ergotine. Il obtint pendant quelques mois une légère diminution des métrorrhagies, puis elles reprirent de plus belle et la médication par l'ergotine ne donna plus aucun résultat. Pendant ce temps, le ventre augmentait de volume et la masse fibreuse avait pris de telles proportions qu'un chirurgien, consulté à ce sujet, déclara que toute opération était impossible à cause du volume de la tumeur. Les injections d'eau chaude à 45° et l'iodure de potassium furent ordonnés, tout cela sans résultat sensible. Lorsque je vis pour la première fois Mme R..., la masse fibreuse avait envahi la plus grande partie de la cavité abdominale et remontait jusque sous la face inférieure du foie.

Depuis deux mois, la malade a de fréquents vomissements bilieux, que j'attribue à la compression que la tumeur exerce sur le foie et sur la vésicule biliaire.

Elle est très anémiée et a le teint jaunâtre. Elle vient d'avoir une métrorrhagie qui a duré sept semaines presque sans interruption avec des intermittences de diminution et de recrudescence.

Il y a cinq jours que la perte a cessé et la malade est en proie à une grande faiblesse. Elle a des essoufflements au moindre mouvement. L'auscultation du cœur fait entendre un souffle anémique des mieux caractérisés, très intense, avec propagation dans les vaisseaux du cou. L'appétit est assez bon mais les digestions sont lentes et difficiles ; gonflements d'estomac, chaleur et rougeur au visage, envies de dormir après les repas et envies fréquentes d'uriner.

Au palper addominal, on sent une masse irrégulière, dure, occupant tout l'abdomen et remontant à droite presque sous les fausses côtes. Cette tumeur présente une surface bosselée, sillonnée d'anfractuosités, démontrant l'existence de plusieurs

fibromyomes sous-péritonéaux, cette masse est tellement immobile qu'il est impossible de lui imprimer le moindre mouvement. La pression, surtout à sa partie supérieure, est extrêmement douloureuse. Au toucher le vagin est envahi par une masse dure sur laquelle il n'est pas possible de déterminer l'existence d'un col, tellement ce dernier est effacé.

Portant le doigt profondément en arrière on sent l'orifice du col entr'ouvert.

Les culs-de-sacs sont à peine perceptibles ; la sonde utérine ne pénètre qu'à six centimètres et on sent qu'elle vient buter contre un corps dur qui occupe une partie de la cavité utérine, ce qui dénote l'existence d'un fibrome sous-muqueux. Le spéculum, dont l'introduction est très difficile et très douloureuse, ne permet pas de voir l'orifice du col refoulé en arrière. Aussitôt après cet examen, qui ne laisse aucun doute sur le diagnostic, j'ordonne l'usage des toniques et des reconstituants. Je cherche à modifier l'état des voies digestives en favorisant la digestion et en combattant la constipation.

Je commence alors le traitement par les intermittences du courant continu. J'applique dans le vagin, le plus profondément et le plus en arrière possible, l'électode positive représentée par une tige métallique. Je suis obligé de maintenir cette tige, à cause du peu de profondeur à laquelle elle a pu pénétrer, tellement le vagin est raccourci par la masse qui l'envahit, je place sur l'abdomen au niveau de l'ombilic l'électrode négative sous forme d'une plaque recouverte d'une peau de chamois et je mets en mouvement le balancier de l'appareil régulateur des intermittences, réglé à une intermittence par seconde.

Pour obtenir une secousse suffisante, je suis obligé d'avoir recours à une force électrique assez considérable, capable de traverser cette masse volumineuse qui présente une grande

résistance. Cependant je ne cherche qu'à obtenir un choc modéré, afin d'habituer progressivement la malade au traitement, que des secousses violentes, au début, rendraient douloureux par suite des tractions trop vives sur les adhérences que la tumeur a dû contracter avec les organes voisins. J'emploie donc un courant de 25 milliampères. La malade supporte bien cette séance d'une durée de dix minutes.

Les applications sont renouvelées trois fois par semaine ; j'augmente progressivement la force du courant et j'arrive ainsi à lui donner une intensité de 60 milliampères. Durée des séances : 15 à 20 minutes. Dès le deuxième mois de traitement, toute metrorrhagie cesse, et la malade reste vingt-un jours sans perdre de sang. A ce moment, les règles apparaissent et durent douze jours avec une assez grande abondance. Aprés cette période, le traitement est repris. Un intervalle de vingt-cinq jours, sans apparition d'une seule goutte de sang, puis nouvelles règles de douze jours de durée, mais moins abondantes que les précédentes.

Pendant cinq à six mois, les règles continuent à intervalles réguliers de vingt-cinq à vingt-huit jours, mais sans grande diminution de quantité. Cependant l'absence de métrorrhagie permet à la malade de se refaire, elle voit disparaître peu à peu les essoufflements, le souffle anémique diminue, la peau du visage se colore, elle revient rapidement à la santé. La tumeur diminue sensiblement de volume, elle devient mobile. Les anfractuosites qui séparent les masses bosselées deviennent plus distinctes. La malade se sent moins alourdie, les engourdissements dans les membres inférieurs cessent, l'abondance des règles diminue peu à peu et, au bout d'un an, les applications électriques n'ont plus lieu que deux fois par semaine.

Aujourd'hui, après deux ans et trois mois de traitement, la

tumeur fibreuse est tellement diminuée de volume, que la malade a pu reprendre son corset et s'habiller comme tout le monde ; le niveau qu'elle atteint est encore élevé, elle remonte à un travers de doigt au dessus de l'ombilic, mais la diminution est considérable. Si on fait attention à la hauteur qu'elle atteignait au début du traitement. Elle a diminué beaucoup aussi de largeur ; la malade a bonne mine, marche avec facilité, les engourdissements dans les membres inférieurs ont complètement disparu.

OBSERVATION IX

Ménorrhée consécutive à un corps fibreux utérin ; Hydrastis canadensis ; Amélioration.

Mme V..., âgée de 36 ans 1/2, sous-surveillante à l'hôpital de Lourcine, entre à la salle Pascal, le 21 décembre 1888, service de M. le docteur Picque, suppléant M. le docteur Pozzi.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 11 ans, ayant duré longtemps, mais sans avoir provoqué d'accidents cérébraux. — Rougeole en 1870, à l'âge de 18 ans 1/2. — Scarlatine à 8 ans. — Gourme dans l'enfance, pas d'antécédents strumeux. — Pas d'antécédents rhumatismaux.

Réglée à 8 ans et 3 mois. Une de ses sœurs n'a jamais été réglée ; elle est depuis 35 ans dans les colonies, religieuse. Elle a 50 ans actuellement. La deuxième sœur est mariée et a vu venir la ménopause à l'âge de 30 ans.

Pour en revenir à notre malade ; elle a éprouvé une première fois des douleurs très violentes, aiguës, prédominantes dans le côté gauche et qui duraient les cinq jours qui précédaient les règles. Depuis quelques temps les douleurs se sont

accompagnées de vomissements. Les premières fois qu'elle a eu ses règles, elles duraient seulement quelques jours, mais avec l'âge elles ont augmenté progressivement de durée, jusqu'à se continuer pendant cinq jours. Une fois établies, les règles ont apparu très régulièrement tous les vingt-neuf jours ; leur durée est de 3 jours. Elle les a donc treize fois par an. Le sang est très peu abondant, foncé, sans caillots. Les caillots ne se sont montrés que depuis 5 ans, époque à laquelle les règles avaient une durée de 9 jours.

La leucorrhée n'existe que depuis deux ou trois mois dans l'intervalle des règles. Les pertes sont tantôt jaunâtres, tantôt blanchâtres ; les pertes blanches ne sont pas visqueuses. Il y a 5 ans, à la suite d'une rétention d'urine, dont elle ignore la cause occasionnelle, rétention qui a apparu pendant ses règles, la malade a vu ses règles se prolonger et se transformer en une ménorrhée qui a nécessité quatorze piqûres d'ergotine.

Les règles ont duré vingt-deux jours. accompagnées de fortes douleurs hypogastriques, de météorisme. Cependant pas de nausées ni de vomissements. Les règles qui ont suivi étaient très abondantes et ont toujours duré huit à neuf jours.

Ces pertes de sang sont des ménorrhagies puisqu'elles suivent et accompagnent toujours les règles qu'elles prolongent d'une façon notable. Actuellement, c'est à peine si la malade reste six à huit jours sans avoir d'écoulement sanguin.

Les dernières règles sont arrivées le vendredi 14 décembre et depuis douze jours la malade perd continuellement et abondamment en rouge.

Cette ménorrhagie s'accompagne de fortes douleurs hypogastriques, de plus, le sang a une odeur fétide. L'examen

pratiqué antérieurement par M. le docteur Pozzi avait fait constater l'existence d'un corps fibreux interstitiel.

Le 25 décembre on constitue le traitement.

On donne l'extrait fluide d'hydrastis canadensis à la dose de soixante gouttes par jour dans un demi-verre d'eau.

On continue l'usage de ce médicament pendant six jours consécutifs et à la même dose.

L'écoulement sanguin disparaît au bout de quatre jours.

Le 12 janvier, les règles réapparaissent et ne durent que cinq jours, sans douleurs.

OBSERVATION X.

Hémorragies utérines en rapport avec un myome sous-muqueux, empiétant sur la partie supérieure du canal cervical ; Amélioration par l'emploi de l'hydrastis canadensis.

Marie G..., âgée de 25 ans, est admise dans le service du docteur Chéron, à Saint-Lazare, le 5 décembre 1888, et est placée à la salle 16, lit n° 7. Envoyée par mesure disciplinaire dans une autre partie de Saint-Lazare, elle passe à l'infirmerie pour des hémorragies utérines assez abondantes qui surviennent à peu près à époques fixes deux fois par mois : du 1er au 10, pertes très abondantes, puis, du 15 au 20, nouvelles pertes moins considérables. Entre ces dates, il n'y a habituellement aucun écoulement sanguin. C'est un type de règles doublées. Elle a été réglée à 14 ans pour la première fois. Les règles étaient les premiers temps peu abondantes et duraient quatre à cinq jours. La malade a été déflorée à 16 ans, et depuis lors les règles ont augmenté peu à peu à de courts intervalles. Depuis un an elles se sont doublées et

sont devenues douloureuses. Aucun traitement n'a été fait jusqu'ici. Ni enfants, ni fausses couches.

Syphilis il y a sept ans.

Examen : Rien du côté des annexes. Utérus un peu gros, mobile. Dans le cul-de-sac antérieur, petite masse grosse comme une noix dépendant manifestement de la paroi antérieure de l'utérus et ayant une consistance beaucoup plus grande que celle des autres parties de l'utérus Le col congestionné, violacé; l'orifice externe un peu entr'ouvert permet de voir la partie inférieure du canal cervical, mais il n'y a pas de déchirure du col.

L'hystéromètre ne peut être introduit que difficilement et en lui donnant une forte courbure. On est arrêté à la partie supérieure du canal cervical par une masse arrondie qui déforme le canal. Néanmoins la sonde peut passer au dessous et pénétrer jusqu'au fond de l'utérus qui n'est pas sensible à l'exploration et mesure 8 centimètres.

La sonde est laissée en place pendant que le toucher est pratiqué et l'on peut aussi se rendre compte qu'il existe bien une petite tumeur développée dans la paroi antérieure de l'utérus, tumeur grosse comme une noix, dure, lisse, insensible, occupant le tiers inférieur du corps et le tiers supérieur du col et déformant le canal cervical.

Les hémorragies utérines sont évidemment dues à ce petit fibrome qui vient obstruer en partie la lumière du canal cervical et cause aussi une dysménorrhée mécanique. C'est dans ces cas que la dilatation du canal cervical rend les plus grands services, ainsi qu'Emmett et le docteur Cheron l'ont depuis longtemps démontré. Néanmoins, dans un but d'expérimentation thérapeutique, ces dilatations ne sont pas pratiquées non plus que les injections vaginales d'eau chaude et on se contente de faire prendre à la malade, tous les jours,

40 gouttes d'extrait fluide d'hydrastis canadensis et de la condamner au repos absolu.

Du 16 au 20 décembre, l'hémorragie continue mais n'est abondante que les deux premiers jours. Les douleurs diminuent notablement dès le premier jour. On continue le traitement.

Le 2 janvier 1889, les règles surviennent, elles ne sont que très peu douloureuses, au grand étonnement de la malade, et ne durent que 8 jours, avec une abondance moindre que d'habitude.

Le 11 janvier, la malade est examinée de nouveau, le col est moins congestionné, mais il n'y a aucune modification dans le volume de la tumeur. Le traitement est continué à la dose de 30 gouttes par jour.

Le 15, écoulement sanguin peu abondant qui dure trois jours.

Le 1er février, les règles reviennent, sans douleurs, et durent six jours. Elles sont à peine plus abondantes qu'à l'état normal.

Aujourd'hui, 17 février, la perte intermenstruelle n'est pas survenue.

On va cesser le médicament pour le donner seulement dans les derniers jours du mois.

Le volume du fibromyome ne s'est nullement modifié. Il n'a ni augmenté ni diminué.

L'hydrastis canadensis n'a donc été utile qu'au point de vue symptomatique.

OBSERVATION XI.

Fibrome intra-pariétal : Hémorragies utérines consécutives ; Amélioration par l'extrait fluide d'hydrastis canadensis.

Mme J..., demeurant à Belleville, 29 ans. Fibrome utérin intra-pariétal, siégeant sur la paroi antérieure de l'utérus, du volume d'une tête de fœtus. Souffre de la tumeur depuis trois ans. Pelvipéritonite aiguë en mars 1888.

Saison à Salins en juillet 1888.

Application de courants induits de mars à juin ; la tumeur a diminué d'un tiers environ et la santé générale s'est améliorée, mais les métrorrhagies persistent.

Emploi de l'extrait fluide d'hydrastis cadensis, à la dose de 40 gouttes par jour, à partir du 1er octobre jusqu'aujourd'hui 10 janvier.

Les metrorrhagies ont cessé et la menstruation qui durait de onze à seize jours ne dure plus que six jours.

OBSERVATION XII.

Fibrome de l'orifice utérin ; Métrorrhagie ; Diminution de l'hémorragie par l'extrait d'hydrastis.

Mme N..., rue Guillaume Tel, 49 ans. Fibrome utérin de la grosseur d'une orange, se présentant à l'orifice utérin. Pendant toute la durée de l'année 1887, pertes utérines extrêmement abondantes, ayant déterminé un état cachectique grave.

Ergotine, electrothérapie sans résultats.

En 1888, emploi de l'extrait fluide d'hydrastis canadensis, à la dose de 30 gouttes d'abord, puis de 60 gouttes par jour, pendant la durée des pertes. Les hémorragies ont diminué. La malade a fait une saison à Salins et son état s'est amélioré.

Le 1er janvier 1889, il n'y a pas eu de menstruation ni aucune hémorragie utérine pendant les trois derniers mois.

La tumeur a conservé le même volume.

OBSERVATION XIII.

Fibrome de la lèvre antérieure du col; Ménorrhagies; Extrait d'hydrastis canadensis; Amélioration.

Mme L..., vient me consulter en 1888 pendant une absence de son mari, médecin de la Compagnie Transatlantique.

Elle avait eu une petite hémorragie et souffrait de vives douleurs pendant la marche. Elle avait en même temps de la cystite et de la douleur dans toute la région péri-utérine. Je constate l'existence d'un fibrome de la grosseur d'une orange dans la lèvre antérieure de l'utérus.

Je conseille le repos absolu et quelques opiacés. Huit jours plus tard il existait encore une légère métrorrhagie.

Je conseille alors l'extrait fluide d'hydrastis canadensis à la dose de 40 gouttes par jour.

Le traitement suivi pendant trois mois a donné de bons résultats.

La menstruation s'est régularisée, la tumeur a sensiblement diminué de volume et la douleur a disparu.

OBSERVATION XIV

Fibrome utérin volumineux ; Extrait fluide d'hydrastis ; Résultat négatif.

Mme C..., rue Saint-Honoré, âgée de 37 ans. Fibrome utérin volumineux de la grosseur d'un fœtus à terme. La malade a été vue par M. Léon Labbé qui a déclaré la tumeur inopérable.

Saison à Salens, en 1887, ne produisant aucune amélioration.

La malade est très cachectique et les pertes l'ont complètement épuisée. Pendant toute la durée de l'année 1887, j'ai employé les injections sous-cutanées de morphine à la dose de 0,25 à 0,30 par jour.

Les hémorragies ont diminué, mais l'état général ne s'est pas amélioré.

Les courants induits ont été appliqués régulièrement pendant un an et ont produit une légère régression de la tumeur.

J'ai commencé l'emploi de l'hydrastis canadensis en mars 1888.

La malade en a pris pendant neuf mois et a succombé à la cachexie en décembre 1888. Pendant toute la durée de la médication, les hémorragies ont diminué, mais la malade était probablement dans un état de cachexie trop avancé pour bénéficier de l'hydrastis canadensis.

OBSERVATION XV

Corps fibreux utérin ; Extrait d'hydrastis canadensis ; Guérison de l'hémorragie.

Mme X..., 37 ans, me consulte en mai 1888 pour des troubles menstruels graves ; l'utérus est adhérent. Il y a eu une pelvi-péritonite en 1887. La menstruation est profuse et dure douze à quinze jours chaque mois.

Je conseille une saison à Salins. La malade revient très améliorée au commencement de juillet 1888.

Le ventre est moins volumineux, l'utérus plus mobile et je constate l'existence d'une tumeur fibreuse bilobée, de la grosseur d'une tête de fœtus environ, siégeant dans la paroi antérieure. Il existe une cystite très pénible.

J'applique les courants induits pendant trois semaines, pendant les mois de juillet et août. La tumeur diminue, mais les hémorragies persistent.

Je prescris l'extrait fluide d'hydrastis canadensis en octobre. Les deux dernières menstruations (décembre et janvier) n'ont duré que huit jours et la malade n'est point obligée de garder le lit.

La dose employée a été de 30 gouttes pendant l'époque intermenstruelle et de 60 gouttes pendant les règles.

OBSERVATION XVI

Charpentier, 39 ans, blanchisseuse, multipare, entre à la clinique du docteur Apostoli, 15 mai 1884.

Diagnostic.— Fibrome interstitiel du corps de l'utérus développé surtout en avant.

Hystérométrie, 9 centimètres.

Mariée à l'âge de 18 ans, malade depuis 18 ans (depuis la première couche), avec des oscillations, mais jamais de rémission absolue, douleur abdominale aiguë et concentrée seulement à gauche. Bon appétit, menstruation toujours abondante (moyenne huit à neuf jours). Pas de leucorrhée, a été obligée d'interrompre tout travail depuis deux ans. Insomnie continuelle depuis un mois par suite de mal au ventre ; coït douloureux.

17 mai. — 1re galvano-caustique positive 100° 5′. Les douleurs ont été exaspérées le soir, et calmées le surlendemain. A perdu un peu de sang le soir.

20 mai. — Se trouve déjà mieux.

24 mai. — 2e galvano-caustique positive 100° 5′.

27 mai. — Elle a ses règles qui durent sept jours, sans douleurs pour la première fois depuis son mariage.

12 juin. — 3e galvano-caustique positive 100° 5′.

21 juin. — Amélioration très grande. Toute douleur dans le ventre a disparu spontanément et à la pression.

4e galvano-caustique positive à 100° 5′.

26 juin. — Elle est très bien depuis sa dernière opération, ne souffre plus, éprouve moins de fatigue.

5e galvano-caustique positive à 100° 6′.

Le 27 juin, le lendemain de la dernière opération, elle a ses règles pour la deuxième fois depuis qu'on la soigne.

30 juin, ces règles duvent encore et la malade affirme à nouveau que jamais elle n'a si peu perdu. Le travail est facile, le mal aux reins tout à fait disparu, le sommeil est revenu, le coït n'est plus douloureux ; au total elle se sent très bien.

15 juillet 1884, 6e galvano-caustique positive, 100° 5 minutes. Continue à très bien aller.

L'hystérométrie est aujourd'hui de 8 cent. 3/4.

Le traitement continue.

OBSERVATION XVII.

Rodier, 33 ans, femme de ménage. Entrée à la clinique du Dr Apostoli, 30 septembre 1882.

Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 14 ans, menstruation irrégulière, difficile et toujours abondante. Peu de leucorrhée. Mariée à 27 ans, un enfant à terme en 78, suites de couches laborieuses. Des hémorragies apparaissent. Soignée en 1880 pendant 4 mois à la clinique du Dr Tripier, rue Christine, pour un fibrome ultérin, par des injections pâteuses d'iodure de potassium. Amélioration notable portant principalement sur les métrorrhagies, mais les douleurs abdominales, surtout à gauche, n'ont pas disparu. Le traitement avait lieu régulièrement deux ou trois fois par semaine sans discontinuité.

État actuel au 30 septembre 1882. Fibrome interstitiel du fond de l'utérus en arrière. Hystérométrie 7 1/2. Disménorrhée-leucorrhée abondante ; douleurs presque continuelles dans la fosse iliaque gauche.

Travail difficile. Menstruation très abondante.

Du 9 décembre 1882 au 22 mars 1883, sixième galvanocaustique positive, 60° 5'.

Dès la seconde opération, la douleur abdominale a été presque supprimée ; la pesanteur dans le ventre a progressivement disparu. Les règles, qui avaient été plus abondantes en décembre, se sont peu à peu régularisées. La malade se

trouvant très améliorée suspend spontanément son traitement.

Nous la revoyons le 20 juillet 1884, elle nous confirme que depuis qu'elle a suspendu ses visites à la clinique, elle ne s'est plus soignée et a été de mieux en mieux. La maladie qui remontait à sa couche de 1878 ne lui occasionne plus de malaise. Toute douleur a disparu, sauf à de très rares intervalles.

Les règles sont restées très amoindries, ainsi que la leucorrhée. Le travail est plus facile ; elle a engraissé, elle marche mieux, a meilleur teint. Au total, le traitement a produit un résultat durable, beaucoup plus sensible que les injections d'iodure de potassium.

CONCLUSIONS

I°. — Les traitements palliatifs institués jusqu'ici contre les corps fibreux semblent suspendre dans un grand nombre de cas, mais pas dans tous, les symptômes morbides déterminés par cette tumeur; mais quant au volume même de cette tumeur, le résultat semble beaucoup moins satisfaisant. Il peut y avoir diminution mais pas disparition totale, sauf dans des cas exceptionnels;

II°. — L'électricité, surtout les courants continus à haute tension, nous paraît le meilleur de ces traitements palliatifs, mais elle n'agit pas toujours favorablement et peut déterminer des accidents; les polypes sous-péritonéaux, surtout ceux qui sont longuement pédiculés, les fibromes kystiques semblent rendre opiniâtrément et nécessiter par conséquent, un traitement plus efficace;

III°. — L'ergotine et surtout l'hydrastis canadensis influencent favorablement dans beaucoup de cas les troubles morbides résultant de la présence d'un fibrome. Ces médicaments agissent principalement

en resserrant les vaisseaux et en diminuant par conséquent la nutrition de la tumeur;

IV°. — C'est également en modifiant la circulation locale de la cavité pelvienne que semblent agir les injections d'eau chaude prolongées dont Budin a tiré de si bons effets dans les cas de corps fibreux de l'utérus;

V°. — Le massage malgré le bien qu'en ont dit Baudt, Unna, Profanter, etc., nous paraît d'une efficacité plus douteuse, et en tout cas capable de réveiller des accidents sérieux, par exemple dans les cas de périmétrite compliquant les fibromes.

Paris. — Imp. de l'Ecole de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine.

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Henri JOUVE, 15, Rue Racine, Paris